نموذج ترخيص

أنا الطالب : ____ يحيى سالم سليمان مفاضلة ____ أمنح الجامعة الأردنية و/ أو من تفوضه ترخيصاً غير حصري دون مقابل بنشر و / أو استعمال و / أو استغلال و / أو ترجمة و / أو تصوير و / أو إعادة إنتاج بأي طريقة كانت سواء ورقية و / أو إلكترونية أو غير ذلك رسالة الماجستير / الدكتوراه المقدمة من قبلي وعنوانها.

" أثر برنامج إرشادي متركز على الانفعالات في خفض الأرق وتحسين مفهوم الذات "

وذلك لغايات البحث العلمي و / أو التبادل مع المؤسسات التعليمية والجامعات و / أو لأي غاية أخرى تراها الجامعة الأردنية مناسبة، وأمنح الجامعة الحق بالترخيص للغير بجميع أو بعض ما رخصته لها.

اسم الطالب: يحيى سالم سليمان مفاضلة

التوقيع: [signature]

التاريخ: ٢٠ / ٢٠١٣

أثر برنامج إرشادي متركز على الانفعالات في خفض الأرق و تحسين مفهوم الذات

إعداد

يحيى مبارك خطاطبه

المشرف

الاستاذ الدكتور محمد نزيه حمدي

قدمت هذه الأطروحة استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الدكتوراه في

الإرشاد النفسي والتربوي

كلية الدراسات العليا

الجامعة الأردنية

كانون ثاني، 2013



قرار لجنة المناقشة

نوقشت هذه الأطروحة وعنوانها (أثر برنامج إرشادي متركز على الانفعالات في خفض الأرق وتحسين مفهوم الذات) وأجيزت بتاريخ 2012/12/13.

أعضاء لجنة المناقشـــــــــــة	التوقيـــــــــــع
الأستاذ الدكتور محمد نزيه حمدي، مشرفاً أستاذ – الإرشاد النفسي والتربوي.	....
الأستاذ الدكتور سليمان طعمة الريحاني، عضواً أستاذ – الإرشاد النفسي والتربوي.	....
الأستاذ الدكتور محمد أحمد صوالحة، عضواً أستاذ –علم النفس التربوي (جامعة اليرموك).	....
الدكتور عدنان جورج طنوس، عضواً أستاذ مشارك – الإرشاد النفسي والتربوي.	....

الإهداء

أهدي هذا الجهد إلى روح والدي الذي قضى نحبه في أفضل الشهور وأجلّها....

وإلى والدتي التي رمّلت في سنيها الأولى.......ففجعت بفراق طفليها وذاقت قساوة الحرمان........

إلى جديّ اللذين ربياني صغيراً...... وإلى عمي الذي حمل الأمانة من بعدهما.

إلى مربيتي الفاضلة أحسن الله خاتمتها بعد قرن مضى من عمرها.

إلى أخي الذي أشد به أزري وأشركه في أمري.

إلى من طوت لي صفحات الحزن والألم بنور الأمل والحب والحنان والتفاؤل....

إلى ريحانة العمر وأترجة البيت...................

إلى الوعد القادم والمستقبل المشرق زوجتي الغالية " وعـــــد ".....

إلى زينة الدنيا وجمالها طفليّ الحارث والبراء .....

إلى الأهل والأصدقاء وأهل الخير في الوجود...

شكر وتقدير

الحمد لله الذي عزّ فارتفع، وذلّ لجبروته وهيبته كل شيء وخضع، الحمد لله الذي ملأ نور وجهه الكريم أركان عرشه العظيم، وأصلي وأسلم وأبارك على النبي المصطفى والسراج الوضاء المقتدى، والحبيب المجتبى والنبي المرتضى، صلاةً دائمة أبدية، عدد أوراق الشجر وحبات المطر وأنفاس الخلائق والبشر وعلى آله وصحبه أجمعين.

أما وقد حقق الله غايتي، ورفع درجتي بإنجاز هذه الأطروحة، فإن من واجبي أن أوفي كل ذي حق حقه وأنزل كلّ ذي قدر قدره، حيث أتقدم بجزيل شكري وعظيم امتناني إلى الأستاذ الفاضل الدكتور محمد نزيه حمدي الذي تكرم بالإشراف على هذه الأطروحة؛ وذلك لما كرسه من وقت وجهد ومتابعة شاملة، ولما أبدى من ملاحظات وتوجيهات تعتبر نبراساً متلألئاً يستضاء بها في ميدان العلم والتعلم لإتمام هذه الإطروحة.

كما وأتقدم بالشكر والتقدير إلى الأساتذة أعضاء لجنة المناقشة وهم: الأستاذ الدكتور سليمان الريحاني، والأستاذ الدكتور محمد صوالحة، والدكتور عادل طنوس الذين تفضلوا بقراءة هذا البحث وتقويمه، وإبداء اقتراحاتهم حوله. ولا يفوتني تقديم شكري وعرفاني إلى كافة أساتذتي في قسم الإرشاد والتربية الخاصة في الجامعة، وإلى كل من بسط يد العون والمساعدة أمامي لإخراج هذه الأطروحة.

الباحث

يحيى مبارك خطاطبه

فهرس المحتويات

فهرس الجداول

فهرس الملاحق

أثر برنامج إرشادي متركز على الانفعالات في خفض الأرق وتحسين مفهوم الذات

إعداد

يحيى مبارك خطاطبه

المشرف

الأستاذ الدكتور محمد نزيه حمدي

الملخص

هدفت هذه الدراسة إلى قياس فاعلية برنامج إرشادي متركز على الانفعالات في خفض الأرق وتحسين مفهوم الذات. وتكونت عينة الدراسة من (30) مشاركاً من طلبة الثانوية العامة في مدرسة جديتا الثانوية للبنين التابعة لمديرية تربية وتعليم لواء الكورة، الذين وافقوا على المشاركة في الدراسة، وأظهروا درجات عالية على مقياس الأرق ودرجات منخفضة على مقياس مفهوم الذات في العام الدراسي 2013/2012.

تم تقسيم عينة الدراسة عشوائياً إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية، ومجموعة ضابطة. وقد خضع المشاركون في المجموعة التجريبية وعددهم (15) مشاركاً إلى برنامج إرشادي تدريبي مكون من (14) جلسة حول مهارات الإرشاد المتركز على الانفعالات، ولمدة سبعة أسابيع. في حين لم يتعرض المشاركون في المجموعة الضابطة وعددهم (15) مشاركاً لأي تدريب. وأجاب المشاركون في المجموعتين على مقياس الأرق، ومقياس مفهوم الذات قبل وبعد تطبيق البرنامج وقياس المتابعة.

وقد أشارت نتائج الدراسة إلى فعالية برنامج إرشادي متركز على الانفعالات في خفض درجة الأرق لدى أفراد المجموعة التجريبية وتحسين مفهوم الذات؛ حيث أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائياً للمجموعة التجريبية بالمقارنة مع المجموعة الضابطة في خفض درجة الأرق، وتحسين مفهوم الذات في القياس البعدي وقياس والمتابعة.

الفصل الأول

مشكلة الدراسة وأهميتها

المقدمة

اهتم الإنسان بظاهرة النوم منذ زمن بعيد، فقد جعله قدامى اليونان إلهاً (هبنوس Hypnos) هو توأم الموت، كما كتب أرسطو فصلاً عن النوم. والنوم لدى المسلمين هو الميتة الصغرى. كما لوحظت مشكلات النوم منذ أقدم العصور؛ فمشكلة الأرق مثلاً قديمة قدم الإنسان، إذ استخدم التعذيب بالأرق في العصور الوسطى لإجبار السجناء على الاعتراف أو لطرد الشياطين من أجساد البشر. لكن الدراسة العلمية للنوم لم تبدأ بشكل منظم إلا منذ الخمسينات من القرن الماضي حيث درس النوم في معامل معدة إعداداً خاصاً ومجهزة بجهاز الرسم الكهربائي للمخ (EEG) (Electro-Encephalo-Gram) الذي يسجل مختلف الموجات أو الإيقاعات الصادرة عن المخ (عكاشة،1973).

وأثارت ظاهرة النوم دهشة الإنسان وتعجبه منذ القدم، بل أثارت حيرته وتأمله في تفسيرها ومعرفة أسبابها واكتشاف غموضها، واعتبر القدماء أن النوم يعتبر اختفاء مؤقتاً للروح، معتقدين أنها تصعد إلى مكان ما، ثم تعود أدراجها عند الاستيقاظ، كما اعتقدوا أن الموت هو اختفاء كليٌّ للروح بينما النوم هو اختفاؤها اختفاءً جزئياً (العيسوي،2000).

ويتعلق النوم بعدة مسائل، فمنها ما يتعلق بموعده، ومنها ما يتعلق بمكانه، ومنها ما يتعلق بحالة الشخص الجسمية والنفسية. ويمكن القول إن الشخص إذا كان في حالة شبع دون امتلاء، وخاوياً من الأوجاع والهموم، وحالته النفسية هادئة وغير متوترة، وكانت ظروفه البيئية مواتية من حيث التهوية والهدوء والراحة، وما إلى ذلك يمكنه الحصول على نوم مفيد (القوصي،1952).

ويشير باساريلا ودونغ (Passarella & Duong, 2008) إلى أن كمية ونوعية النوم غير الملائمة تؤثر على الوظائف الحيوية اليومية للفرد من إرهاق جسدي، وعدم التركيز، وإثارة العصبية، كما تؤثر على التحصيل الأكاديمي للطلبة.

وأشارت الدراسات إلى أن حصول الفرد على قسطٍ من النوم يجعله معتدل المزاج ومرتاح النفس، نشط الجسم، ويساعده على زيادة إنتاجه إذا كان عاملاً، وعلى الاستذكار والتحصيل إذا كان طالب علم، أما الأرق وعدم حصول الفرد على حاجته من النوم فيؤدي إلى إضعاف همته وإنهاك طاقته الجسمية، وشرود ذهنه واضطراب مزاجه وانخفاض إنتاجه وسوء علاقته بالآخرين (الشربيني،2000).

وتعتبر اضطرابات النوم من المشكلات الأكثر شيوعاً في العالم، حيث تشير التقديرات إلى أنَّ ما يقارب (40) مليون أمريكي يعانون من مشكلات النوم بشكل متقطع أو مزمن، وقد أجرت مؤسسة النوم الوطنية استطلاعاً فوجدت أن (50%) من عينة الاستطلاع لديهم شكاوى متكررة من الأرق، وهناك (6%) يواجهون صعوبةً في النوم، أو الاستيقاظ المتكرر ليلاً، أو الاستيقاظ الباكر في الصباح، وعدم القدرة على العودة للنوم معظم ليالي الأسبوع. وتزداد نسبة انتشار الأرق بين البالغين حسب نوع الأرق وشدته، والتعريف المستخدم له، والمدة الزمنية (Buscemi, et al., 2005).

وتشير كثير من الدراسات الإنسانية إلى معاناة ثلث المراهقين من صعوبات الدخول في النوم، أو الاستمرار فيه، أو ضعف في نوعيته. كما يؤثر الأرق على نشاط الإنسان اليومي بنسبة تبلغ (10%) (Attarian & Schuman, 2010). وقد بدأ الاهتمام بدراسة الأرق كاضطراب في حد ذاته منذ منتصف التسعينيات من القرن الماضي، وتمت الإشارة إليه على أنه أرق أساسي بحسب الأكاديمية الأمريكية لطب النوم (Marcus, 2009). فأصبح موضوع الأرق من الموضوعات التي تحظى باهتمام متزايد في العديد من البلدان المتقدمة. ويزداد انتشار الأرق في الدول الصناعية، خاصة في أمريكا، وغرب أوروبا، وأستراليا، إذ بلغت نسب الانتشار بين الذكور (5,1%)، و (48,0%) عند الإناث، ويؤكد هامر (Hamer,2011) أن ثلث إلى ربع سكان الدول الصناعية يعانون من مشاكل النوم. ويقدر ويلسون وزملاؤه (Wilson,et al., 2010) أنّ ثلث البالغين في الدول الغربية يعانون من الأرق، سيما صعوبة البدء بالنوم لمرة واحدة في الأسبوع على الأقل، وتختلف تقديرات انتشار الأرق حسب التعريف المستخدم، وحسب الفئة العمرية للفرد، أو المدة الزمنية، أو الجنس، حيث تشير الدراسات أنّ معاناة النساء من الأرق أعلى درجة منه عند الرجال.

أصبحت ظاهرة الأرق في تزايد مستمر رغم جهود التوعية والوقاية المتبعة على مستوى المدرسة أو المجتمع ويصف لاند وجريك ناني (Lande & Gragnani, 2010) اضطرابات النوم الأكثر انتشاراً بأنها تتمثل في: الأرق، وانقطاع النفس أثناء النوم، ومتلازمة تململ الساقين (Restless Legs Syndrome)، ويرجع ذلك إلى الجنس أو العمر أو العرق، كما أنهم وصفوا عادات النوم والصعوبات المتعلقة به بأنها تحد من قدرة الفرد على تنفيذ النشاطات اليومية والروتينية. واستخدم الباحثون تحليل البيانات بعد أن حصلوا عليها من منظمة الصحة الوطنية لعام (2006-2005)، حيث تكونت عينة الدراسة المسحية من (6139) من الأفراد الذين تجاوزت أعمارهم (16) سنة. أشارت نتائج الدراسة إلى أن أعلى معدلات اضطرابات النوم انتشاراً هو

انقطاع النفس أثناء النوم بنسبة (4,2%)، ثم الأرق بنسبة (1,2%)، ثـم تملمـل السـاقين بنـسبة (4,0%)، وذكرت الدراسة أن مدة نوم اللاتينيين والبيض أطول من السود بنسبة تصل مـن (24) إلى (30) دقيقة.

وفي اليابان أجريت دراسة لمعرفة مدى انتشار الأرق، وأعراضه والعوامل المرتبطة بـه بين المراهقين، وتم اختيار عينة الدراسة عشوائياً من عدة مدارس أساسية وثانوية فـي جميـع أنحاء اليابان، حيث بلغ عدد أفراد عينة الدراسة (103650) من المراهقين. أشارت نتائج الدراسة إلى معاناة أفراد العينة من صعوبة البدء بالنوم بنسبة (14,8%)، وصعوبة الاستمرار فـي النـوم بنسبة (11,3%)، والاستيقاظ في وقت مبكر بنسبة (5,5%)، وتم تعريف الأرق بوجود واحـد أو أكثر من هذه الأعراض الثلاثة، وتبين أن انتشار الأرق لدى المراهقين اليابانيين يرتبط بعوامـل متعددة، مما يدعو إلى الحاجة لبرنامج شامل للوقايـة مـن الأرق لـدى المـراهقين اليابـانيين (Kaneita,et al., 2006).

وفي سويسرا أجريت دراسة مسحية على عدد من الأشخاص في منتصف العمر؛ لمعرفـة نسبة انتشار الأرق، أجاب فيها أكثر من نصفهم أنهم يعانون من الأرق في بعض الأحيان، كمـا أجاب (7%) من الرجال و (12%) من النساء أنهم ينامون نوماً سيئاً في كل ليلة (بوربلي،1992).

وفي تايلاند تشير الدراسات إلى انتشار الأرق تبعاً لعدة متغيرات منها العمـر، والجـنس، والحالة الاجتماعية والاقتصادية. وأشارت أيضاً إلى زيادة شكاوى النساء وكبـار الـسن مـن الأرق، وخلصت الدراسات إلى ارتفاع نسبة الأرق بين الأفراد العاطلين عن العمل، والأشخاص ذوي الدخل الاقتصادي المتدني، والذين يعانون من الأوضاع الاجتماعية السيئة، والأفراد الأقـل حظاً من التعليم (Perumal & Monti, 2006).

وفي تركيا أجرى أصلان وزملاؤه (Aslan,et al., 2005) دراسة لتحديد مدى انتشار الأرق والأعراض المرتبطة به في أنقره وتكونت عينة الدراسة من (1034) شخصاً، متوسط أعمـارهم (65) سنة، وقد أجريت المقابلات معهم وفقاً لمقياس اضطرابات النوم؛ لقيـاس أعـراض الأرق عندهم. أشارت النتائج إلى معاناة (9,4%) من اضطرابات النوم، ومعاناة (7,23%) من عـرض واحد أو أكثر من أعراض الأرق، التي تشتمل على صعوبة الـدخول فـي النـوم، وصـعوبة الاستمرار فيه، والاستيقاظ مبكراً، وعدم القدرة على الاستغراق في النوم، كما وأشـارت نتـائج الدراسة إلى أن خطر الأرق يزداد كلما تقدم الفرد بالعمر. وقد ناقشت النتائج العوامل الاجتماعية والثقافية المتعلقة بالأرق، وركزت على ضرورة التوعية العامة حول اضطرابات النوم.

هذا على المستوى العالمي لمشكلة الأرق، أما على مستوى الوطن العربي، فقد أجــرى عبد الخالق (Abdel-Khalek, 2001) دراسة لمعرفة درجة انتشار اضطرابات النوم، والــشكاوى الرئيسة من الأرق على طلبة المدارس الثانوية في الكويــت، وتكونــت عينــة الدراســة مــن (2574) طالباً. حدد الباحث بعض المؤشرات والمعايير الرئيسة التي تصف الأرق مثل: صعوبة البدء بالنوم، وعدم القدرة على الاستمرار فيه، والاستيقاظ المتكرر ليلاً، والاستيقاظ البــاكر فــي الصباح، وأشار الباحث إلى أن نسبة انتشار الأرق بلغت (37,5%) عند أفراد عينة الدراسة الذين تراوحت أعمارهم بين 14 إلى 18 سنة من كلا الجنسين. وأجريت دراسة أخرى للكــشف عــن نسبة انتشار الأرق وآثاره على طلبة الكليات الجامعية في الكويت، وتكونت عينة الدراســة مــن (2210) طالباً وطالبة، تراوحت أعمارهم بين 18 إلى 37 سنة. وأشارت نتائج الدراســة إلــى أن نسبة الشكاوى من أعراض الأرق تتراوح ما بين (4.1%) إلى (29%) عند الذكور، بينما تراوحت نسبة الانتشار عند الإناث (4.8%) إلى (32,2 %) (Abdel-Khaliek, 2006).

وينظر إلى الأرق تاريخياً باعتباره مهدداً لصحة الفرد الجسمية، وسعادته النفسية؛ نتيجة للصراع والتوتر، والشعور بالذنب، والكآبة، إذ اعتبــر أبقــراط الأرق جــزءاً لا يتجــزأ مــن السوداوية (الاكتئاب) (Kushida, 2009). وينعكس تأثير الأرق على نوعيــة الحيــاة، والــصحة البدنية عند الفرد، ونقص الطاقة، وصــعوبة التركيــز (Colten & Altevogt, 2006). ويــذكر القوصي (1952) أن كثيراً من حالات الغضب والكسل، وضعف القدرة على التركيــز، وانعــدام الاستقرار، وكثرة الوقوع في الخطأ، وفقدان التوازن الحركي يرجع إلى قلة النوم، فالإنــسان لا يمكن أن يواصل حياته بشكل اعتيادي، إذا ترك النوم مدة تزيد عن ثلاث إلى أربعة أيام، حيــث يعاني من الهلوسة، وفقدان التوازن، وفقدان القدرة على التذكر.

إن معاناة المراهقين من الأرق تبدو جسيمة وتزداد حدتها عند طلبة الثانوية العامة، ومن الجدير بالذكر أن هؤلاء الطلبة بحاجة إلى التدريب على تحسين مهاراتهم الانفعالية المتمثلة فــي وعيهم بأنفسهم ووعيهم بالآخرين، والتعبير عن انفعالاتهم وضبطها وتحليلها وتفسيرها وتمييزها، وتدريبهم على النضج والاتزان الانفعالي، وامتلاك المهارات الاجتماعية كالتعــاطف والمرونــة الاجتماعية وحسن الاستماع والاتصال. وتؤثر الصحة الانفعالية على طبيعة النوم عند الأفــراد وترتبط إيجابياً بها. فكلما زادت المهارات الانفعالية لدى الفرد أصبح قادراً على السيطرة علــى انفعالاته والتعبير عنها، والوعي بها، وتمكن من التعاطف مع الآخرين، وخلق علاقات إيجابيــة معهم (حنوش،2011). يعد امتلاك الأفراد لهذه المهارات الانفعالية مؤشراً قوياً على قدرة الفــرد على التغلب على المشاكل والاضطرابات النفسية الناتجة عنها، كتدني في مفهــوم الفــرد لذاتــه

وتقديره لها. ويرتبط الأرق مع العديد من الاضطرابات والأمراض النفسية من قبيل الاضطرابات الانفعالية، وتدني مفهوم الذات، والتوتر، والخوف، والأرق الناتج عن الصدمات النفسية، وتؤكد الدراسات على العلاقة بين الاضطرابات النفسية والأرق، ويمكن عزو الأرق لدى المراهقين لعدة أسباب تتمثل في الصراعات الأسرية والشخصية، وقلة الأصدقاء، وتدني مفهوم الذات حيث يمكن تشخيص هذه الحالات من خلال الانتباه لأنماط نومهم، وابتداء النوم، ومدته والاستمرارية فيه، كما ينتج الأرق بسبب مرور المراهقين ببعض الأزمات النفسية كأزمة الهوية مقابل الغموض، وأزمة التكامل مقابل اليأس التي تحدث عنها اريكسون خاصة في مرحلة الشيخوخة، مما ينتج عنها آثاراً ومشاكل نفسية تتمثل في القلق والاكتئاب والخوف والتوتر وتدني مفهوم الذات وغيرها، ووصفت المعايير التشخيصية العالمية (ICD-10) الأشخاص الأرقين بأنهم مشدودوا المشاعر، قلقون، منزعجون، مكتئبون عند النوم، ولديهم مشكلات صحية ونفسية، وأفكار حول الموت أثناء الشروع في النوم، و يعانون أثناء النهار من التعب الجسدي والذهني، والاكتئاب، والقلق، والمخاوف، والتوتر، وتدني في مفهوم الذات وعدم الاتزان الانفعالي (الشطرات،2001).

ويعتبر مفهوم الذات من المفاهيم القديمة، قدم الحضارات الإنسانية، وقد تداوله رجال الدين والفلاسفة والمفكرون بأسماء مختلفة؛ كالنفس والروح والذات والأنا، ولكنه أخذ وضعه في مجال علم النفس المعاصر لأول مرة على يد وليام جيمس (William-James) الذي عرّف الذات بأنها: مجموع ما يمتلكه الإنسان، أو ما يستطيع أن يقول أنه له، جسمه، وسماته، وقدراته، وممتلكاته المادية، وأسرته، وأصدقائه، وأعدائه، ومهنته (القاضي وزملاؤه،1981).

ويذكر زهران (1990) أن مفهوم الذات يتكون من أفكار الفرد الذاتية المنسقة والمحددة الأبعاد عن العناصر المختلفة لكينونته الداخلية والخارجية، وتشمل هذه العناصر: المدركات والتصورات، التي تحدد خصائص الذات، كما تظهر إجرائياً في وصف الفرد لذاته كما يتصورها هو " الذات المدركة"، والمدركات والتصورات التي تحدد الصورة التي يعتقد أن الآخرين يتصورونها والتي يتمثلها الفرد من خلال التفاعل الاجتماعي مع الآخرين (الذات الاجتماعية)، والمدركات والتصورات التي تحدد الصورة المثالية للشخص الذي يود أن يكون (الذات المثالية)، ووظيفة مفهوم الذات وظيفة دافعية وتكامل وهي بلورة عالم الخبرة المتغيرة، الذي يوجد الفرد في وسطه، لذا، فإنه ينظم ويحدد السلوك.

وينظر لمفهوم الذات كجوهر أساسي لأبعاد الشخصية، حيث احتل حيزاً كبيراً من الدراسات النفسية سواء على المستوى النظري، أو التجريبي، ومفهوم الذات مفهوم افتراضي

مدرك يتشكل من خلال المتغيرات البيئية الكثيرة التي لا يمكن الفصل بينها، فهي تشترك بدرجات متفاوتة مع بعضها؛ إذ تؤثر كلٍّ منها في الأخرى، فأي تحسن في أي متغير من المتغيرات التي تشكله ستصب في مفهوم الذات العام (الظاهر،2004).

ويعرّف بيرنز(Burns, 1979) مفهوم الذات بأنه تقييم الشخص لمعتقداته الشخصية عن نفسه، فهو الصورة الفردية التي نملكها عن أنفسنا. ويؤكد رايس (Rice,1992) أنّ مفهوم الذات يمثل الانطباعات والأفكار التي يحملها الأفراد حول ذواتهم، وهو يمثل هويتهم الذاتية والاتجاهات والادراكات المعرفية نحو الذات، فهو مفهوم متعدد الأبعاد يتضمن: مفهوم الذات العام؛ الذي يمثل الإدراكات الكلية للفرد والمتعلقة بقدراته وإمكاناته وأدواره في العالم الخارجي. ومفهوم الذات المتغير أو المؤقت والذي يتأثر بالخبرات الحالية؛ فالنقد الملحوظ من جانب المعلم قد ينتج عنه مشاعر مؤقتة؛ من نقص القيمة، أو اعتبار الذات. والذات الاجتماعية وتمثل نظرة الأشخاص لأنفسهم في علاقاتهم مع الآخرين والذوات التي يستجيب لها الآخرون، فقد يقول المراهق: " إنني أحب الطريقة التي يعاملني بها الآخرون إنها تجعلني أشعر بشكل جيد نحو ذاتي". والذات المثالية، والتي يرغب الناس فيها بأن يكونوا طبقاً لتصوراتهم المثالية، وقد تكون تصوراتهم واقعية أو غير واقعية.

وتعتبر اضطرابات النوم (Sleep-Disorders) من القواسم المشتركة مع الاضطرابات النفسية، حيث يعتبر الأرق (Insomnia) من أكثرها انتشاراً؛ نظراً لمعاناة الفرد من النعاس المفرط أثناء النهار، كما ينظر إلى اضطرابات النوم بأنها من أعراض الاضطرابات النفسية التي تم سردها ضمن معايير التشخيص في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM-IV) ويستخدم الأرق كعرض لتشخيص مرضى الاكتئاب؛ تبعاً لوجود بعض الأسباب المشتركة بين اضطرابات النوم والمرض النفسي؛ لكنها ليست واضحة بشكل جيد، لأنها قد تكون عاملاً خطراً أو سبباً لأيٍّ من الاضطرابات النفسية الأخرى، فقلة النوم تستخدم كعرض من أعراض الاكتئاب عند بعض الأفراد، على الرغم من القول ليس كل الأفراد الذين يعانون من الأرق لديهم اكتئاب، وتبين الدراسات أن نسبة (20-15%)، من الأشخاص الذين يعانون من الأرق يعانون من الاكتئاب النفسي (Colten & Altevogt, 2006).

وأجريت بعض الدراسات الطولية لأكثر من أربعين سنة على عينة من المراهقين، لمعرفة ارتباط الأرق بالاضطرابات النفسية، فوجدت هذه الدراسات أن تاريخ الأرق عند المراهقين يرتبط أساساً ببعض الاضطرابات النفسية الأخرى، مثل: اضطراب القلق العام (Generalized Anxiety Disorder)، والاضطرابات السلوكية التي تتمثل في تعاطي الكحول،

والمخدرات، كما بينت الدراسة أن نسبة (16%)، من أفراد العينة يعانون مـن الاكتئـاب والأرق المصاحب له، بينما وجدوا أن نسبة (4,6%)، لديهم اكتئاب ولكنه ليس مصاحباً للأرق، واعتمدت نتائجها على دراسة أخرى أجريت على (10000) من البالغين، أشارت نتائجها إلى زيادة مخاطر الاكتئاب بخمس مرات بسبب الأرق، كما زادت نسبة الأمراض النفسية الأخـرى مثـل زيـادة اضطراب الهلع (Panic-Disorder) وهو نوع من اضطرابات القلق، ويعتبـر الأرق مؤشـراً لحالات الانتحار الحاد بين المرضى الذين يعانون من اضطرابات المزاج (Mood–Disorders) (Colten and Altevogt, 2006).

وتشير بعض الأدلة إلى العلاقة السببية بين الاضطرابات النفـسية والأرق كالاكتئـاب، والقلق والإدمان على الكحول أو المخدرات، ويمكن أن يزداد الأرق من خلال تناول مـضادات الاكتئاب (Rosekind and Gregory, 2010). ونظراً لأهمية موضـوع الأرق وآثـاره الـسلبية المتعددة، فقد أشارت بعض الدراسات إلى ارتباطه ببعض الاضـطرابات والأمـراض النفـسية والجسمية كالتوتر، والقلق، والاكتئاب، والهوس، والاضطرابات الانفعالية كتدني مفهوم الـذات، والخوف، والخجل، والغضب، والصدمات النفسية، كما أنه يرتبط بـالأمراض الجـسمية مثـل أمراض الجهاز التنفسي، وضعف الدورة الدموية، وانخفاض السكر فـي الـدم، واضـطرابات الجهاز الهضمي، والقصور الكلوي، وأمراض القلب والشرايين، والصداع (الشطرات،2001).

ومن الأساليب العلاجية التي تعالج الأرق وما ينتج عنه من مشكلات مثل تـدني مفهـوم الذات، النظرية المركزة على الانفعالات (Emotionally Focused Therapy) (EFT) في الإرشاد حيث تركز هذه النظرية على الانفعالات والمشاعر، وتعتبر الانفعالات مهمة في بنـاء وتنظـيم الذات، كما أنها تميز بين عدة أنواع من الانفعالات، وهي تمثل خريطة ومنهجاً لتحقيق أهـداف المعالجين، وأصبحت هذه النظرية من الأساليب الحديثة في ميدان العلاج النفسي، وتستخدم فـي عدة مجالات مثل: علاج مرضى الاكتئاب، والصدمات النفسية، واضـطرابات الأكـل والقلـق وبعض المشاكل الشخصية، والمشاكل الانفعالية، والخلافات الزوجية.

تركز النظرية المركزة على الانفعالات في الإرشاد على العلاقة التأسيسية في بناء الذات والاهتمام بالمشاعر، من خلال التنظيم الذاتي والعمل التكاملي بين العقل والعواطف، وهنا يعمـل المعالجون على تعزيز دور الانفعال لمساعدة النـاس فـي إدراك وقبـول ومعرفـة خبـراتهم الانفعالية. ويركز المعالج في التدريب على مناقشة ثلاثة مبادئ رئيسية للتوعية الانفعالية وهـي: **التنظيم، والتدريب، وتحويل الانفعالات إلى دليل عملي**، وتهدف النظرية إلى التدخل الذي يبنـى

على مبادئ رئيسية، هي: زيادة الوعي الانفعالي، وتعزيز التنظيم الانفعالي، وتحويل الانفعال (Greenberg, 2004).

ويشار إلى أن المهارات التي تستخدمها هذه النظرية هي ذاتها التي ذكرها سالوفي وماير وجولمان كمهارات أساسية من مهارات الذكاء الانفعالي، حيث عرّف سالوفي وماير (Salovey & Mayer,1990:189) الذكاء الانفعالي بأنه قدرة الفرد على إدراك انفعالاته النفسية للوصول إلى تعميم ذلك الانفعال ليساعده على التفكير وفهم ومعرفة انفعال الآخرين، حيث يؤدي إلى تنظيم وتطوير النمو الذهني المتعلق بتلك الانفعالات. وينظر إلى الذكاء الانفعالي بأنه "مجموعة من السمات، قد يسميها البعض صفات شخصية، لها أهميتها البالغة في مصيرنا كأفراد" (جولمان، 2000:58-57). ويقوم تدخل العلاج الانفعالي على مبدأين هما: توفير علاقة علاجية، وتسهيل العملية العلاجية. ويعتبر تكوين الأنماط العلائقية للشخص المحور الرئيس؛ كونه يهتم بالإطار الداخلي للمسترشد وتجاربه الانفعالية (Greenberg, 2010).

وهناك بعض العوامل الخاصة بالذكاء الانفعالي داخل الشخص نفسه، تتمثل في الوعي الذاتي الانفعالي، وتأكيد الذات، والاستقلال الانفعالي، وتحقيق الذات. والعلاقات الشخصية وتشمل: التعاطف، والمسؤولية الاجتماعية، والعلاقات الشخصية. والقدرة على التكيّف وتشمل: الواقعية في حل المشكلات والمرونة فيها، وإدارة الضغط، والسيطرة عليه، والقدرة على ضبط الانفعال والمزاج الذي يشتمل على السعادة والتفاؤل. كما ركز جولمان (Goleman) على الكفاءات اللازمة للوعي الذاتي، والوعي الاجتماعي، والإدارة الذاتية والمهارات الاجتماعية. ويتمثل الوعي الذاتي في فهم الذات، ودقة التقييم الذاتي، والثقة بالنفس. أما الوعي الاجتماعي فيشمل: التعاطف، والوعي التنظيمي، والثقة بالغير، وجودة الخدمة والأمانة، والتكيّف مع التوجه والإنجاز، والمبادرة. أما الإدارة الذاتية فتشمل: ضبط النفس، والثقة، والضمير، والقدرة على التكيّف. و تشمل المهارات الاجتماعية: القيادة والتأثير، والاتصالات، كمحفز للتغيير وإدارة الصراع، وبناء العمل الجماعي (Carr,2004).

مشكلة الدراسة

بحثت العديد من الدراسات العربية موضوع الأرق، وأشارت إلى أن ظاهرة الأرق متزايدة الانتشار في الآونة الأخيرة بين أفراد المجتمع بشكل عام، وبين الطلبة المراهقين في المدارس والجامعات بشكل خاص (Sweileh,et al., 2011؛ Abdel-Khalek, 2006؛ أبو هين، 2008؛ حنور، 2004؛ الشطرات،2001). وتعد مشكلة الأرق من المشكلات الانفعالية الجوهرية، حيث أنها ترتبط بالقلق والتوتر، وتؤدي إلى تدني مفهوم الذات عند الطلبة، كما أنها ذات آثار

متعددة على المستوى الشخصي، والنفسي، والأكاديمي. حيث يعاني الشخص الأرق من الاكتئاب والتشويش والقلق والضغط النفسي ويميل إلى العنف والعدوان والخجل والانعزال ويصعب عليه ضبط نفسه، وتضعف ثقته بنفسه، ويتدنى مفهوم الذات لديه، ويفتقد لمهارات التفاعل الاجتماعي وإدارة الانفعالات والسيطرة عليها، مما ينعكس سلباً على علاقاته الأسرية والاجتماعية، ويؤثر على تحصيله الدراسي، وقد تستمر هذه الآثار والنتائج لفترة طويلة في حياة الفرد ما لم يحظ بعلاج يساعده على التخلص منها. ومن هنا جاءت هذه الدراسة لفحص أثر برنامج إرشادي متركز على الانفعالات في خفض الأرق، وتحسين مفهوم الذات. وبذا فإن مشكلة الدراسة تتلخص في محاولة الإجابة عن السؤال الآتي:

ما أثر برنامج إرشادي متركز على الانفعالات في تخفيض الأرق وتحسين مفهوم الذات لدى عينة من طلبة الثانوية العامة في مديرية تربية لواء الكورة؟

وبالتحديد تحاول الدراسة الإجابة عن الأسئلة الآتية:

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي المجموعتين الضابطة والتجريبية في مقياس الأرق ؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي المجموعتين الضابطة والتجريبية في مقياس مفهوم الذات ؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجة الأرق البعدية والمتابعة لدى المجموعة التجريبية ؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجة مفهوم الذات البعدية والمتابعة لدى المجموعة التجريبية ؟

أهمية الدراسة:

تبرز أهمية هذه الدراسة لما للأرق من أثر بالغ على تكيّف الطلبة وصحتهم النفسية والجسدية، وينعكس سلباً على تحصيلهم الأكاديمي والعملية التربوية بشكل عام، وتهتم ببيان فاعلية برنامج إرشادي متركز على الانفعالات في إيصال الطلبة الذين يعانون من الأرق إلى التقليل من حدة هذه المشكلة، ومساعدتهم على التخلص منها، وتدريبهم على بعض المهارات والأنشطة التي تساعدهم في التعامل مع مشاكلهم الانفعالية، وضغوطاتهم النفسية والاجتماعية. وتتجسد أهمية الدراسة في تحسين الصحة النفسية لهذه الفئة، وتخفيف حدة الاضطرابات المصاحبة لمشكلة الأرق، والتي تؤدي إلى تدني مفهوم الذات.

التعريفات الإجرائية لمصطلحات الدراسة

· **الأرق**: هو عدم القدرة على الحصول على النوم الكافي، وقد يأخذ أحد ثلاثة أشكال أو الأشكال الثلاثة معاً: صعوبة البدء في النوم، وصعوبة الاستمرار فيه، والاستيقاظ المبكر جداً في الصباح (شيفر ومليمان،2005).

كما توجد أشكال أخرى للأرق مثل: اضطرابات مواعيد النوم والاستيقاظ، وتأخر الدخول في النوم، والاستيقاظ المتكرر خلال النوم، والاستيقاظ المبكر، والشعور بعدم الراحة عند الاستيقاظ، وانقطاع النفس أثناء النوم (Passarella & Duong, 2008).

ويعرّف إجرائيا بأنه: الدرجة التي يحصل عليها الطالب على مقياس الأرق المستخدم في هذه الدراسة.

- **مفهوم الذات**: هو مجموعة من التصورات، والخصائص، أو الصفات أو أوجه القصور التي يملكها الفرد عن نفسه (Sangeeta & Sumitra, 2012).

ويعرّف إجرائيا بأنه: بالدرجة التي يحصل عليها الطالب على مقياس مفهوم الذات المستخدم في هذه الدراسة.

- **الإرشاد المتركز على الانفعالات**: هو أسلوب يهدف إلى تخليص المسترشدين من المواقف الانفعالية السلبية، وتحقيق الأمن الانفعالي، ومساعدة الناس على تقبل ذواتهم وتنظيمها والوعي بها، والتعبير عن انفعالاتهم، وتحقيق قدر من ضبط الانفعالات واتزانها ويتمثل جوهر النظرية في تحسين الخلل الوظيفي، وأنماط التفاعل، وخلق أنماط تفاعل إيجابية لتعزيز العلاقة العاطفية، والتعاطف، وإزالة صعوبات ومعيقات التفاعل (Walsh, 2002).

ولغايات الدراسة الحالية تم بناء برنامج إرشادي متركز على الانفعالات لخفض الأرق وتحسين مفهوم الذات محكم من ذوي الخبرة والاختصاص في مجال الإرشاد النفسي والتربوي ويتكون من (14) جلسة تدريبية، مدة الجلسة الواحدة (55) دقيقة، وقد اشتمل على مجموعة من التمارين والأساليب والمهارات والفنيات والإجراءات، وذلك لمساعدة المسترشدين على التخلص من مشكلة الأرق أو خفضها وتحسين مفهومهم لذواتهم.

حدود الدراسة:

تقتصر هذه الدراسة على عينة محددة من طلبة الثانوية العامة في مدرسة جديتا الثانوية للبنين التابعة لمديرية تربية لواء الكورة، في بداية الفصل الدراسي الأول من العام الدراسي 2013/2012

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

الإطار النظري للدراسة

تعريف النوم Definition Of Sleep

يعود الأصل اللغوي لكلمة النوم (sleep) في الانجليزية إلى أصل جرماني من الكلمة الألمانية (schlaf)، وكثير من المصطلحات العلمية الخاصة بالنوم مشتقة من الكلمة اللاتينية (somnus)، وكذلك الأصل اليوناني الذي يستخدم في تعبيرات متعددة وفي لغة الطب الحالية (الشربيني،2000). فالنوم يمثل السلامة والراحة ويوفر للإنسان عزلة جميلة بعيدة عن هموم الدنيا ومتاعبها الشاقة، كما أنه يحرر الفرد من الأفكار القاتمة. واعتبره ماسلو من الحاجات الفسيولوجية الأساسية التي يسعى كل فرد لإشباعها؛ كونه يعبر عن الوظيفة التي يحافظ الفرد عليها من خلال طاقته ويسمح له باستعادة وظيفته الطبيعية أثناء اليقظة للقيام بالنشاطات التي تعتبر ضرورية للمحافظة على توازنه (الشطرات،2001).

ويمر الإنسان خلال عملية النوم بأربع مراحل بشكل يومي: **المرحلة الأولى** وتتمثل بمرحلة النعاس، حيث يبدو المرء نائماً نوماً خفيفاً، وقد يتقلب قليلاً في الفراش، كما ينقبض ويتمدد بؤبؤ العين في كل ثانية إلى ثلاث ثوان، ويصاحب ذلك بعض الحركات العشوائية البطيئة للعينين.

المرحلة الثانية وهي المرحلة التي يقل فيها الوعي وتتصف بدرجة أعمق من النوم، فإذا ما أيقظنا الفرد فإنه يقرر أنه كان نائماً، ومع ذلك فإن البعض يحتفظ بدرجة من الوعي في هذه المرحلة، كما أن بعض الأحلام تبدأ بالحدوث مع صعوبة قدرة الفرد على تذكرها بوضوح، وتتناقص حركة الجسم، وترتفع عتبة الاستيقاظ بواسطة المنبهات والنبرة الصوتية.

المرحلتان الثالثة والرابعة وتتصفان بدرجة كبيرة من السكون، وبدرجة أعمق من النوم من حيث مقومات الاستيقاظ ويطلق عليها مرحلة النوم العميق (Deep-Sleep) وقد يشار إليها بنمط النوم بطيء التموجات (Slow-Wave–Sleep)، ولا يحدث الانتقال من مرحلة النوم الثانية إلى هاتين المرحلتين بشكل مفاجئ، وإنما يحدث بشكل تدريجي لدرجة صعوبة التعرف عليه، وتتباين هاتان المرحلتان باختلاف العمر إذ يمر الإنسان بعد سن الستين بهاتين المرحلتين، ويشار إلى أن عملية التمييز بين هاتين المرحلتين ليست سهلة، لذا فقد أشار الباحثون إلى اعتبارهما مرحلتي نوم ذات موجات بطيئة (إسماعيل،1982).

وأظهرت الدراسات المتعلقة باضطرابات النوم (Sleep-Disorder) أثرها على الصحة العامة، كما بينت أن الأرق من بين اضطرابات النوم الأكثر شيوعاً، وتنعكس آثاره على نوعية الحياة، والعمل والإنتاج والصحة النفسية بشكل عام. وتبرز آثار الأرق في التعب، والتهيج، وتراجع في أعمال الذاكرة، وضعف في التركيز (Grinstein,2002). وعند الحديث عن اضطرابات النوم وأشكالها فإننا نشير إلى الأرق (Insomnia) الذي يعتبر من أهم أشكال اضطرابات النوم وأكثرها شيوعاً؛ نظراً لمعاناة الأفراد منها. ومن اضطرابات النوم الأخرى التي تعد أقل انتشاراً من الأرق، اضطراب توقف التنفس أثناء النوم (Sleep-Apnea)، واضطراب الخدار أو تصلب الأطراف (Narcolepsy)، واضطرابات مواعيد النوم واليقظة.

.(Pollak, Thorphy & Yager, 2010)

وتعني اضطرابات النوم أن مقدار ونوعية النوم هو أقل من المعدل اللازم؛ فكمية ونوعية النوم غير الملائمة تؤثر على الوظائف الحيوية اليومية للفرد من إرهاق جسدي وعدم القدرة على التركيز، وإثارة عصبية، كما وتؤثر على التحصيل الأكاديمي للطلبة (Passarella & Duong,2008). وتعرف أيضاً بأنها الشعور بعدم القدرة على النوم طوال الفترة التي تشعر فيها بالحاجة إليه أو بالرغبة فيه، على الرغم من توفر الفرصة للنوم (بلير،2008).

تشتق كلمة الأرق (Insomnia) من الكلمة اللاتينية (Somnus)، وتستخدم هذه الكلمة لوصف حالة النوم، وتعتبر هذه الكلمة ذات دلالة سلبية. وهناك اتفاق على معنى الأرق بأنه عدم قدرة الفرد على البدء بالنوم، واستغراق وقت كبير للدخول في النوم، ومن أهم خصائص الأرق، الاستيقاظ المتكرر، وعدم قدرة الفرد على الدخول في نوم عميق، والاستيقاظ في الصباح الباكر وعدم القدرة إلى العودة للنوم (David & Neubauer, 2003). كما تعني تلك الكلمة اللاتينية "بلا نوم Sleepless" وهو عدم الرضا عن نوعية وكمية النوم ووقته، وتبرز شكاوى المرضى في صعوبة البدء بالنوم، وتمتد لفترة طويلة، وصعوبة الاستمرار في النوم، مما يترتب عليه الاستيقاظ المتكرر ليلاً، والاستيقاظ في وقت مبكر في الصباح، ويرافق تلك الشكاوى تراجع في وظائف المريض وأعماله خلال النهار (Camilleri, 2007).

تعددت التعريفات التي تناولت معنى الأرق؛ فمنها ما تناول الأرق بناءاً على كمية النوم، وطبيعته، ومدة تكراره، ومنها ما تناوله بناءاً على الآثار التي يتركها على الفرد في النهار، ومنها ما تناوله بناءاً على المعايير الأساسية التي اتفق عليها أغلب الباحثين في مجال اضطرابات النوم. وعلى الرغم من التعريفات السابقة للأرق إلا أنه لا يوجد تعريف واضح للأرق، ولكن المنظمات الدولية اقترحت ثلاثة معايير أساسية لتحديد الأرق لدى الأفراد وهي:

قلة النوم، سواء تضمن ذلك صعوبة الدخول في النوم، أو صعوبة الاستمرار فيه، أو الاستيقاظ المتكرر ليلاً، أو الاستيقاظ الباكر جداً في الصباح، كما اتفقت المنظمات على أن الأرق يضعف قدرة الفرد خلال النهار ويحد من سعادته النفسية، وأداء الفرد وقدراته البدنية (Wilson, et al.2010). ويستخدم مصطلح الأرق في مجالات وعلوم متنوعة كالطب، والأدب والعلوم النفسية والتربوية.

وأعتبر اتيريان وشومان (Attarian & Schuman, 2010) وبوليك وثوربي وياجر (Pollak, Thorphy & Yager, 2010) وكولتن والتي فوقت (Colten & Altevogt, 2006) وبات لاك (Patlak,2005) من المهتمين بدراسة اضطرابات النوم والأرق، واتفقوا على تعريف الأرق بأنه شكوى متكررة من ضعف القدرة على البدء بالنوم والدخول فيه، والاستمرار فيه، بالرغم من توافر الفرصة الكافية للنوم، والاستيقاظ المتكرر ليلاً، والاستيقاظ الباكر في الصباح، وعدم القدرة على العودة للنوم مرة أخرى. إلا أن هيمر (Hamer, 2011) وفورنتينو (Fiorentino, 2008) ولب مان وفكتن (Libman & Fichten,1996) اقترحوا تكرار هذه الأعراض لمدة ثلاث مرات في الأسبوع، ولفترة تزيد عن شهر كتوضيح لمعنى الأرق.

كما نظر روث (Roth, 2007) للأرق من زاوية أخرى، حيث عرفه من خلال تقرير الفرد الذاتي (Self-Report) بوجود صعوبة في النوم من خلال الإجابة على عدة أسئلة منها: هل واجهت صعوبة في النوم؟ أو هل تجد صعوبة في النوم أو صعوبة الاستمرار فيه؟ أو هل تعاني من الاستيقاظ المتكرر ليلاً؟ ورأى أن مصطلح الأرق يحدد بعدة معايير هي: صعوبة البدء بالنوم، وصعوبة الاستمرار فيه، والاستيقاظ المتكرر ليلاً، والاستيقاظ الباكر صباحاً بشكل مستمر ومنتظم كأن يحدث ثلاث مرات أسبوعياً.

ويعرف الأرق على أنه مجموع أوقات النوم، ويعرف أيضاً بناءاً على القدرة على الدخول في النوم، وطول مدة النوم، ونوعيته، لتزويد الفرد بالنشاط لليوم التالي، فمثلاً الشخص الذي أخذ أربع ساعات من النوم وكان يعمل بنشاط وحيوية لا نستطيع القول بأنه يعاني من الأرق، بينما الشخص الذي ينام بتقطع لمدة عشر ساعات ولكنه يعاني من ضعف في الحيوية والنشاط فإنه حتماً يعاني من الأرق (Attarian & Schuman, 2010).

وعرفه روزكيند وغريغوري (Rosekind & Gregory, 2010) بأنه اضطراب من اضطرابات النوم، يكمن في قلة النوم، ويؤدي إلى إعاقة الفرد عن أداء وظيفته خلال النهار، كما يؤدي إلى اضطرابات عاطفية تحد من قدرة الفرد على الدخول أو الاستغراق في النوم، والاستيقاظ المتكرر ليلاً، والاستيقاظ المبكر جداً في الصباح، مع عدم القدرة على العودة للنوم.

وعرف السيد (2007)، الأرق بأنه عدم المقدرة على النوم في الفترات التي اعتاد عليها الإنسان، وصعوبة الرجوع إلى النوم، والنوم غير المريح، أي صعوبة النوم، أو الاستيقاظ بشكل متكرر خلال الليل. كما عرفه بيدس (1981)، بأنه قلة النوم.

أما الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للأمراض النفسية (DSM-IV)، فيعـرف الأرق بأنه الشكوى من صعوبة ابتداء النوم أو الاستمرارية فيه أو النوم غير المريح، واسـتمرار ذلـك لمدة شهر على الأقل، أما التصنيف العالمي للأمراض العصبية (IC-NA)، والتـصنيف العـالمي العاشر للأمراض (ICD-10)، فقد اتفقا على تعريف الأرق بأنه يمثل حالة من عدم الإشباع فـي كمية النوم أو نوعيته، والتي تظهر لفترة زمنية طويلة (الشطرات،2001).

ويمكن القول أن مصطلح الأرق يستخدم عندما يعاني الفرد من صعوبة البدء في النـوم، أو الدخول فيه، أو الاستيقاظ المتكرر ليلاً، أو الاستيقاظ الباكر في الصباح، وعدم القـدرة علـى الاستمرار في النوم، أو النوم المتقطع، أو عجز الفرد عن النوم العميق والكافي لحاجتـه، ممـا ينتج عنه إعاقة لقدرة الفرد الذهنية، والجسدية، والنفسية، وينعكس سلباً على مجالات عمله فـي النهار، ويحدث خللاً في اتصالاته الاجتماعية والعاطفية.

أشكال وأنواع الأرق Forms And Types Of Insomnia

يمكن تقسيم أنماط وأشكال الأرق إلى ثلاثة أشكال:

أولاً: صعوبة البدء في النوم: ويعرف بأنه كمون النوم لأكثر من ثلاثين دقيقة، وغالباً ما يكـون بسبب وجود مستوى مرتفع من الإثارة والقلق، إضافة إلى مصاحبته عوامل أخرى مثـل: قلـة النظافة عند النوم، وتأثير البيئة عند النوم، وتناول المخدرات والعقاقير والأدوية، والقلق.

ثانياً: صعوبة الاستمرار في النوم وتتمثل بالاستيقاظ المتكـرر لـيلاً، ويترافـق معهـا بعـض اضطرابات السلوك، وغالباً ما يكون بسبب: تناول العقاقير والأدوية، والمنبهـات العـصبية، أو القلق، أو الأمراض الجسيمة، أو المؤثرات البيئية، أو الألم وعدم القدرة علـى الاسـتمرار فـي النوم.

ثالثاً: الاستيقاظ الباكر في الصباح ويشيع انتشاره بين كبار السن، بسبب تناول العقاقير والأدوية، والاكتئاب (Depression)، أو الهوس (Mania)، أو الأمراض الجسدية، أو أمراض أخرى مثـل مرض باركنسون (Parkinson's)، أو بسبب تحويل توقيت العمل (الشربيني،2000؛ إسـماعيل، 1982؛ Shneerson, 2005).

ويمكن تقسيم الأرق تبعاً لمنشئه إلى: الأرق عضوي المنشأ، ويحدث بـسبب الأمـراض البيولوجية، والإجهاد العصبي، والزيادة في درجة حموضة المعدة، وانخفاض نسبة الـسكر فـي

الدم، والتدخين، والإدمان على المخدرات، والقلق العصبي، والوسواس القهري. والأرق نفسي المنشأ؛ ينشأ بسبب عوامل نفسية من قبيل الانشغال بهموم الحياة، وقلق المستقبل والخوف منه، والتوتر، وعدم الاستقرار، وعدم إشباع الحاجات الأساسية، وضعف الثقة بالنفس. أما الأرق ذو المنشأ البيئي يتطور بسبب عدة عوامل مثل الأصوات الصاخبة، وارتفاع درجة الحرارة، وثقل الأغطية، والإضاءة القوية، ولباس النوم الثقيل، والفراش الصلب، وضيق السكن. (الشطرات،2001).

ويرى كشيدا (Kushida, 2009) أن هناك عدة طرق لتصنيف الأرق كأن يصنف استناداً إلى طبيعة الشكوى من صعوبة النوم، أو الأعراض المصاحبة لها، حيث يشكو المريض من صعوبة النوم، أو الاستمرار فيه، كما يشكو من نقص في كمية النوم، والاستيقاظ المتكرر ليلاً إضافة إلى معاناة المريض خلال النهار من الآثار التي قد تظهر عليه بسبب الأرق. ويمكن أن تتغير الشكاوى الرئيسية مع مرور الوقت خصوصاً كلما تقدم عمر الفرد. ويصنف حسب مدة الشكوى المقسمة إلى ثلاث فئات رئيسية هي الفترة الزمنية الطويلة، والشكوى العابرة زمنياً(مؤقتة)، وهي تصيب الفرد بسبب تعرضه للضغط النفسي الحاد، وربما ترتبط بضغوطات نفسية ظرفية، أما النوع الأخير فهو طويل الأجل المرتبط بالأرق الابتدائي، والأرق الناتج عن استخدام المخدرات والكحول. ويصنف الأرق أيضاً بناء على السبب الباعث للأرق وبالتالي يعتبر الأرق أولياً أو ثانوياً.

ويصنف الأرق إلى فئتين رئيسيتين؛ بناءاً على الدليل الخاص باضطرابات النوم (ICD-10)، والدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM-IV)، والجمعية الأمريكية لاضطرابات النوم:

أولاً: الأرق الأولي (الابتدائي) (Primary Insomnia) يشير هذا النوع من الأرق إلى الأعراض الأولية (Daniel and Buysse, 2005) . ويعرف بأنه اضطراب يمتاز بصعوبة البدء بالنوم، وعدم القدرة على الاستمرار فيه، والاستيقاظ المتكرر ليلاً بشكل مستمر (Perumal & Monti, 2006) .

وينظر روزكيند وغريغوري (Rosekind & Gregory, 2010) للأرق الأولي كونه اضطراب أساسي، أو مرضي فهناك مجموعة من الشروط المتعلقة بالأرق الابتدائي المتمثلة في تغيرات ظروف الحياة، بما في ذلك معاناة الفرد من الضغط النفسي، والعاطفي، والقلق، والتوتر. ويمكن القول بعدم استمرارية هذا النوع من الأرق لمدة تزيد عن ثلاثة أسابيع لدى الأفراد، وغالباً لا يستطيع المريض تحديد زمانه بشكل واضح، ويصيب هذا النوع من الأرق

كلا الجنسين، ويرجح إصابته للأفراد الذين يعانون من أمـــراض تتعلــق باضــطرابات النـــوم (Shneerson, 2005). ويقسم الأرق الأولي إلى عدة أنواع:

أولاً: الأرق مجهول السبب (Idiopathic-Insomnia)، ويعتبر الأرق مجهول الــسبب أو الأرق اللاعضوي من أكثر أنوع الأرق انتشاراً؛ كونه يسبب اضطراباً في الصحة النفــسية، ويــستمر مدى الحياة، فقد يبدأ منذ الأيام الأولى للطفل الرضيع، ويستمر حتى مرحلة البلوغ، وينتج الأرق العضوي عن اضطراب طبي، أو مرض عضوي يعاني منه الفرد (Marcus, 2009).

ثانياً: الأرق المزمن (Chronic-Insomnia) فينتج عن شكوى متكررة مـــن النعـــاس المنـــتظم، والصداع، والاكتئاب، وانخفاض الطاقة الجسمية، بحيث تصبح جزءاً من الحياة اليومية، ويحدث الأرق المزمن بسبب عدم وجود استجابة للنوم (Postawski, 2004).

ومن أسباب الأرق الأولي المشكلات الأسرية، أو الاضطرابات النفسية مثـــل الـــضغط النفسي، وعدم الاستقرار العاطفي بسبب وفاة أحد أفراد الأسرة، أو الطلاق وتفكـــك الأســـرة، أو فقدان الوظيفة لأحد أفراد الأسرة، أو سفر أحد أفراد الأسرة (Marcus, 2009).

ثانيا: الأرق الثانوي (Secondary Insomnia):

يرتبط الأرق الثانوي بعدة ظروف تتمثل فـــي الأمـــراض الجـــسمية، والاضـــطرابات النفسية، وتناول العقاقير والأدوية، واضطرابات النوم المصاحبة مثل: تململ الساقين (Restless-legs) وبعض حالات انقطاع النفس أثناء النوم (Sleep-apnea)، وبعض حالات الإفراط في النوم (Excessive-sleep)، ومن الجدير بالذكر أن اضطراب انقطاع النفس أثنـــاء النـــوم لا يـــصاحب الأرق، بالرغم من معاناة كبار السن من عدة اضطرابات ملازمة لاضطرابات النوم في آن واحد (Daniel & Buysse, 2005).

ومن أسباب الأرق الثانوي، العوامل البيئية التي لا تساعد على النوم، كارتفاع درجـــات الحرارة، أوالضوضاء، أو الروتين اليومي للنوم، أو الاضطرابات العاطفيـــة، أو الاضـــطرابات العصبية، أو الأمراض العضوية كأمراض القلب، والرئة، والأنفلونزا، أو الحساسية من بعـــض الأدوية، أو إساءة استخدام بعض الأدوية والعقاقير، والكحول، والنيكوتين ومادة الكـــافيين التـــي تمنع الفرد من الدخول في النوم، أو بسبب نوع آخر من أنواع اضـــطرابات النـــوم، أو بـــسبب الاضطرابات النفسية كالقلق، والاكتئـــاب (Marcus, 2009). أو بـــسبب اضـــطراب الـــساعة البيولوجية، أو حالة نفسية، أو عصبية، أو لأسباب طبية، أو لأسباب تتعلق بتعـــاطي المخـــدرات والكحول (Shneerson, 2005).

ويصنف روزكيند وغريغوري (Rosekind & Gregory,2010) أنـــواع الأرق تــصنيفاً يختلف مع مرور الوقت إلى ثلاثة أنوع تتمثل في **الأرق الحاد** وهو الذي يستمر لمدة تزيد عــن ثلاث ليال، **والأرق قصير المدى (العابر)** الذي يستمر لأقل من ثلاث ليال. ويحدث هذا النــوع من الأرق نظراً لحوادث الحياة، والضغوط التي يتعرض لها الفرد، وتعتبر الضغوط والمشكلات الأسرية والعلاقات الاجتماعية والمشاكل العاطفية، والمالية، والاكتئاب، والمشاكل الصحية مــن الأسباب الشائعة لإحداث هذا النوع من الأرق (Postawski,2004). كمـا أن فقــدان أشــخاص أعزاء ينتج اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) (Posttraumatic stress disorder)، أو إصابة أحد الأشخاص المهمين في مرض عضال، أو الحمل غير المخطط له، أو التغيرات الهرمونيــة، أو المخاوف وعدم الراحة الجسدية من الأسباب المساهمة فــي إحــداث هــذا النــوع مــن الأرق (Camilleri,2007). **أما الأرق المزمن** فيستمر لمدة تدوم أكثر من أربعة أشهر، وغالباً ما يكون سببه الاضطراب العاطفي (Emotional-Disorder) أو المرض الجسدي (Rosekind & Gregory, 2010).

أسباب الأرق Causes Of Insomnia

يصعب تحديد سبب واحد للأرق فالأسباب متعددة ومتنوعة ومتداخلة، ويوجد مجموعــة من الظروف التي تلعب دوراً في ظهور الأرق بأنواعه المختلفة، وعند التعامل مع مشكلة الأرق وآثارها على الفرد، يجب النظر إلى جميع هذه الأسباب بشكل متكامل، وتتمثل أسباب الأرق في ستة أسباب رئيسية: أسباب جسمية، وأسباب نفسية، وأسباب سلوكية، وأسباب معرفية، وأســباب تتعلق بالعوامل البيئية، وأسباب عامة. وفيما يلي عرض مفصل لكل سبب من هذه الأسباب:

أولاً: **الأسباب الجسمية**

تعود الأسباب الجسمية إلى الاضطرابات الطبية المتمثلة فــي مــشاكل الغــدة الدرقيــة، وأمراض القلب، والرئة، والكلى، والتهابات المفاصل، ومرض باركنسون، وأمــراض الــضغط والشرايين، ومرض الزهايمر، واضطرابات النوم الأولية، وتشمل الخــدار، ومتلازمــة تملمــل الساقين، وحركة الأطراف الدورية أثناء النــوم، وتوقــف التــنفس أثنــاء النــوم (Libman & Fichten,1996).

ويؤكد الشربيني (2000) أن الأسباب الطبية هي الأسباب الناتجة عن الألم الذي يصيب الجسم، وأمراض الجهاز العصبي، واضطراب التنفس أثناء النوم، والاضطرابات التــي تحــدث أثناء النوم مثل: حركة الأرجل القلقة، والأمراض العصبية، وأسباب تتعلق بالتغذية واضــطراب

الهضم، والجوع، وبعض أمراض الغدد الصماء وارتفـاع درجـة حـرارة الجـسم، والأورام، والشيخوخة وما يصاحب تقدم السن من تغيرات وظيفية.

وينظر كاميليري (Camilleri, 2007) لأسباب الأرق الجسمية بأنها تتمثـل فـي التهـاب المفاصل، والسرطان، وضعف الجهاز التنفسي، وقصور عـضلة القلـب، وأمـراض الجهـاز الهضمي كحرقة المعدة، والإمساك، وبعض الأمـراض الأخـرى كالزهـايمر، واضـطرابات الحركة، والصداع، وارتفاع ضغط الدم، والحكة، وطنين الأذن، وانقطاع الطمث. ويعتبر مرض السكري والتهابات الغدد الدرقية، وقرحة المعدة، والبروستات، والسكتة الدماغية مـن الأسـباب الجسمية الرئيسة للأرق (Grinstein, 2002). ويرى الشطرات (2001)، أن أمـراض الربـو والحساسية، وأمراض الجهاز التنفسي، وأمراض الجهاز العـصبي، والإدمـان علـى الكحـول والمخدرات والمهدئات من الأسباب الجسمية المسببة للأرق أيضا.

ثانياً: الأسباب النفسية

تعتبر الأسباب النفسية من أهم العوامل التي تؤدي إلى الأرق كالقلق وأنواعه المختلفـة، خصوصاً نوبات الهلع التي تحدث في الليل، وتغيرات في مواعيد النوم مثل تحويل وقت العمل، والاكتئاب النفسي كالنوم الذهاني الداخلي المصحوب بالأرق، والاستيقاظ في سـاعات الـصباح الأولى، واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وهي حالة تعقب التعـرض للازمـات والحـوادث الشديدة. وقد يضطرب النوم بشدة فيكون الأرق مصحوباً بأحلام مزعجة وكـوابيس متكـررة، وبعض الاضطرابات العقلية الشديدة مثل الفصام، والبارانويـا (Paranoia)، وحـالات الهـوس (Cases of Mania)، والـذهانات العـضوية المـصاحبة لـلأرق واضـطرابات نمـط النـوم (الشربيني،2000).

وتلعب الأسباب النفسية دوراً بارزاً في ظهور الأرق، حيث تناولت الدراسـات العلاقـة بين الانفعالات والأرق، كدراسة تايلور وزملائـه (Taylor, et al., 2011) التـي تناولـت الأرق والصحة النفسية عند طلاب جامعة شمال تكساس في أمريكـا، ودراسـة هادرسـون ونيميـر ولكستين (Hardison, Neimeyer & Lichstein, 2005) التي بحثت أعراض الأرق والحزن عنـد الطلبة المفجوعين، ودراسة هاميلتون وزملاؤه (Hamilton, et al.,2007) التـي تناولـت الأرق والسعادة النفسية، ودراسة بيرك (Berk ,2009) التي تناولت العلاقة بين الأرق والاكتئاب.

كما أثبتت الدراسات أهمية الانفعالات كمسبب نفسي للأرق. وتتمثل الأسباب النفسية في اضطرابات المزاج، والاكتئاب، واضطرابات القلق، والاضطرابات العـصبية (Patlak, 2005). وزيادة مستوى اليقظة والإثارة الفسيولوجية، وتشكل الفاجعـة (Bereavement)، والخـوف مـن

الامتحانات، والعصبية الزائدة، والقلق العام، وانعدام الشعور بالأمن الوظيفي والعاطفي، والإصابة ببعض الأمراض والآلام العاطفية (Shneerson, 2005). واضطرابات ما بعد الصدمة (PTSD)، والهلع (Panic)، والكوابيس والأحلام المتكررة، وبعض الاضطرابات النفسية الحادة مثل الفاجعة (Bereavement) (Grinstein,2002). كما تشتمل الأسباب النفسية على الاضطرابات النفسية كالاكتئاب، والقلق، والوسواس القهري (Obsessive-Compulsive) (Libman & Fichten, 1996).

ويصنف الجَيَشان العاطفي (Emotional Upheaval) نفسي المنشأ على أنه من الأسباب النفسية للأرق ومن أمثلته الخوف، وعدم الشعور بالأمن والاطمئنان، وعدم توافر الراحة النفسية، وانعدام الثقة بالنفس، واليأس واختلال التوازن العاطفي، وكل ذلك يؤدي إلى إرهاق الجسم وإلحاق الأذى به، ويؤدي إلى إطلاق الأحماض التي تلعب دوراً في الحد من قدرة الفرد على النوم وتبعث القلق، والتوتر.

ويعتبر الهم، والقلق، والخوف، واليأس، والاضطرابات العاطفية من أهم أسباب الأرق ودوافعه، كما أن أعداء النوم ومسببات الأرق تتمثل بالقلق، والخوف، والتوتر (بيدس،1981). وتؤدي طبيعة المشاعر الأساسية عند الفرد، إلى تشكيل حلقة مفرغة لشعوره، وتشكل حاجزاً في قدرته على الدخول في النوم، أو صعوبة في العودة إليه بعد الاستيقاظ منه كشعور الفرد بعدم السعادة، والحزن، والتوتر، والقلق، بسبب الاستيقاظ المتكرر ليلاً (Libman & Fichten, 1996).

وتتعلق الأسباب النفسية للأرق تبعاً لرأي القوصي (1952) بالرغبات المكبوتة، حيث تعتبر الذات العليا أو الضمير اللاشعوري عنصراً ثابتاً يقع في نزاع مع الهي (ID)، لذا يتسبب الأرق أحياناً بيقظة الضمير خوفاً من طغيان النزعات، أو الإحساس بالذنب، أو الخوف من الوقوع في الخطأ، ومن أسباب الأرق الهموم، والرغبات المعلقة غير المشبعة.

ويرى إسماعيل (1982)، أن معاناة الفرد من الاضطرابات النفسية كالقلق، والاكتئاب، والتوتر، والهوس، ينعكس على الاستيقاظ المبكر في الصباح، ويحد من قدرة الفرد على العودة للنوم، حيث إن هناك ارتباطاً بين الاستيقاظ الباكر في الصباح والاكتئاب، فمريض الاكتئاب يستيقظ خلال ساعات النوم الأولى، ويجد صعوبة في العودة للنوم مرة أخرى بالرغم من عدم إشباع حاجته من النوم، كما أن القلق والتوتر يرتبطان بصعوبة الدخول في النوم.

ثالثاً: الأسباب السلوكية

وتتضمن الأسباب السلوكية أنماط وعادات النوم التي قد تسبب الأرق، مثل الذهاب إلى فراش النوم في وقت مبكر، أو أخذ قيلولة أثناء النهار، أو قلق النوم، أو الإفراط في النعاس أثناء

النهار، مما يتسبب في صعوبة التركيز عند الفرد، أو الاكتئاب، أو شدة الانفعال والعصبية، مما يؤثر على نشاطات الفرد الاجتماعية، وعلاقاته بأفراد أسرته، والعلاقات العائلية (Marcus,2009). وتتمثل العادات السلوكية في معاناة الفرد من تكرار عدد مرات الاستيقاظ ليلاً، وقد يعود هذا الأمر إلى الظروف البيئية، وبعض الآلام، أو العقاقير والأدوية التي يتناولها الفرد. كما يشمل الاستعداد للنوم عدم القدرة على الدخول في النوم، من هنا يجب عدم محاولة الدخول في النوم في اليوم التالي لشعور الفرد بعدم القدرة على الدخول فيه إلا بعد النعاس الشديد، وهذا يجعل الفرد مستعداً للدخول في النوم (Libman & Fichten, 1996). كما أن تناول الكافيين في وقت متأخر، ومشاهدة التلفاز، أو القراءة في السرير، أو النوم غير المنتظم، يتسبب في إيجاد اضطرابات النوم الأخرى عند الأفراد كانقطاع النفس أثناء النوم (Patlak, 2005).

ومن أهم العوامل المتسببة في اضطراب الساعة البيولوجية وضع جدول زمني غير منتظم للنوم؛ بسبب القيلولة أو النوم متأخراً في الليل. كما أن اختلاف التوقيت أو اضطراب الجسم على مدار الساعة بسبب السفر بالطائرة واختلاف طبيعة المنطقة المناخية، يعتبر سبباً في خلل في الساعة البيولوجية (Shneerson, 2005).

وتؤثر المنبهات والمثيرات العصبية التي يتناولها الفرد على الدخول في النوم، كالمشروبات الروحية، والمخدرات، والأدوية، والعقاقير الطبية التي يتناولها المريض مثل: الأدوية المنومة التي تساعد الفرد على النوم، وهناك بعض المخدرات غير الطبية منها: الكحول التي يتناولها الفرد، والدخان الذي يعتبر من العناصر المنشطة التي تزيد من خطورة اضطرابات النوم (Libman & Fichten,1996)؛ نظراً لاحتوائه على مادة النيكوتين، التي تؤثر على سرعة أمواج الدماغ، وزيادة نبضات القلب، ومعدل التنفس، وكمية الهرمونات الموترة، لذا، فالمدخن لا يمكنه الحصول على نوعية مناسبة من النوم، أو الحصول على نوم عميق بسبب هذه المادة (Postawski, 2004).

وتعتبر مشروبات القهوة، والشاي، من المنبهات التي تحد من قدرة الفرد على الدخول في النوم، سيما إذا تناولها الفرد قبيل الشروع في النوم (Libman & Fichten, 1996). حيث تعمل القهوة على إيقاظ الفرد لفترة زمنية أطول، وتحتوي الكثير من مشروباتنا التي نتناولها على الكافيين كالكولا والمشروبات الغازية الأخرى. ومن الآثار السلبية التي يتركها الكافيين على الجسم زيادة معدل نبضات القلب، وارتفاع ضغط الدم، وزيادة فترة الاستيقاظ. وقد تصل هذه الآثار لمدة سبع ساعات، أو قد تستمر لعدة دقائق، ويعود ذلك إلى طبيعة الأجسام التي تتناول هذه المادة، ويمكن القول إن مادة الكافيين الموجودة في القهوة تبقى في مجرى الدم لمدة

لاتقل عن ست ساعات، بينما يعاني الأشخاص غير المدمنين على شرب القهوة مـن أثـر هـذه المواد، كما يحد من قدرتهم على الدخول في نوم عميق (Postawski, 2004).

رابعاً: الأسباب المعرفية

ينحصر دور الأسباب المعرفية كمسببات للأرق، في الأفكار والمعتقدات، ومجال التفكير السلبي كالتشاؤم الذي يعمل على إثارة القلق، مما يدعو الفرد إلى عدم القدرة على النوم والبقـاء مستيقظاً أثناء الليل؛ بسبب سيطرة بعض الأفكار السلبية على تفكيره، ويخص هذا التفكيـر فـي الغالب الأفراد من الأهل أو الأصدقاء (Libman & Fichten, 1996). وتلعب الجوانب المعرفيـة دوراً بارزاً في صعوبات النوم؛ حيث يعتبر التفكير مصدراً من مصادر القلق، والتوتر، والهـم؛ فالقلق المفرط يزيد من حالة الاستيقاظ عند الفرد (Perumal & Monti, 2006).

خامساً: العوامل البيئية

تعتبر العوامل البيئية من الأسباب الجوهرية في إحداث الأرق، وزيادته عنـد الأفـراد، فهي تشتمل على نوعين هما: الظروف البيئية، وظروف العمل التي تساهم في مرحلـة النـوم، وتجعل الفرد يشعر بالنعاس، وعدم القدرة على الدخول في النـوم (Libman & Fichten, 1996). وتشتمل الظروف البيئية على الضوضاء، ودرجات الحرارة، وأحداث الحياة، وضغوط العمـل، والامتحانات، والمواعيد الدقيقة، والسفر (Camilleri,2007). إضافة إلى الضوضاء، والأضـواء الساطعة، والأصوات العالية، والشخير المرتفع من قبل أحد الأفراد الموجودين في غرفة النـوم، وتغيير مكان النوم كالنوم في المستشفيات، أو الفنادق (Shneerson,2005). أما ظروف العمـل، فتتمثل في المناوبة الليلة في العمل، وتغير وقت العمـل، وضـغوط العمـل (Marcus, 2009)، واضطراب الرحلات الجوية الطويلة الذي يتسبب بتغيير مواعيد النوم، ومناوبات العمل الليلـي (Libman & Fichten, 1996).

سادساً: الأسباب العامة

يتكون السبب الأخير من أسباب الأرق من مجموعة من الأسباب العامة وهي تقسم إلى: قلة النظافة قبل النوم (Sleep-Hygiene): الذي ينتج أرقاً متكرراً وغير منتظم من النوم؛ بـسبب زيادة تناول السوائل والمشروبات مثل: القهوة، والشاي، أو منشطات الجهاز العصبي المركزي، أو تناول الأدوية التي تؤدي إلى زيادة استعمال الحمام كمدرات البول. ويرى (بيدس،1981)، أن الأرق ينشأ عن أسباب شتى كالتعب، ومطالب النمو، ونقص الأكسجين، وافتقار الـدم للـدماغ، وتقلب درجة الحرارة، كما أن نوع الطعام والشراب الذي يتناولـه الإنـسان يـسبب الأرق، أو الكآبة، أو القلق، أو العمل المرهق، أو الدروس المضنية والمحاضـرات، وكثـرة التركيـز، أو

تقليص فترة النوم واختصارها، أو العجز عن الاسترخاء، أو ضعف الدورة الدموية، أو الإدمان على تعاطي الكحول والمخدرات والعقاقير، وتعتبر العقاقير من الأسباب التي تحجم النوم أو تمنعه.

ويعزو الشطرات (2001)، الأسباب العامة للأرق عند المراهقين للصراعات الأسرية، والشخصية، وقلة الأصدقاء، وتدني مفهوم الذات، حيث يمكن تشخيص هذه الحالات من خلال الانتباه لأنماط نومهم، ومدته، والاستمرار فيه، كما أن تعرضهم للازمات النفسية التي تحدث عنها إريكسون تعتبر سبباً للأرق عند المراهقين وهي أزمة الهوية مقابل الإحساس بالغموض.

أعراض وآثار الأرق Symptoms And Effects Of Insomnia

أشار الدليل الإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM-IV)، إلى أن أعراض الأرق تتمثل في بقاء الفرد لأكثر من نصف ساعة قبل الدخول في النوم، وعدم قدرته على الاستمرار في النوم حتى الصباح، وصعوبة العودة للنوم بعد الاستيقاظ منه، وتوتر العلاقات مع الآخرين بسبب الحاجة للنوم، وضعف النشاطات اليومية والمدرسية التي يقوم بها الفرد بسبب الأرق. كما ويبين الدليل العاشر لاضطرابات النوم (ICD-10)، الأعراض الآتية للأرق وهي الشكوى من صعوبة الدخول في النوم، أو الاستمرار فيه، وتكرار ظهور اضطراب النوم ثلاث مرات أسبوعياً على الأقل، وعدم كفاية النوم ونوعيته وكميته، والشعور بالضيق وعدم القدرة على أداء الواجبات الاجتماعية والدراسية (الشطرات،2001).

وتظهر أعراض الأرق بشكل واضح في النهار؛ حيث يعاني المرضى من عدم القدرة على أداء بعض الأنشطة الحركية، والتعب والإرهاق، والنعاس خلال النهار، ولا يتمكن المرضى من الغفوة، بالرغم من شعورهم بالنعاس؛ بسبب شدة الإفراط في الاستثارة، علماً أنها لا إرادية مصدرها الدماغ، كما يزيد الأرق المزمن من حوادث السيارات، وزيادة استهلاك الكحول والمخدرات، وزيادة الحاجة إلى الرعاية الصحية (Grinstein, 2002).

وعند الحديث عن مشكلة الأرق، ننظر إليها كمشكلة تترك آثاراً متعددة، ومتنوعة عند الأفراد تتمثل في الآثار والأعراض البدنية، والنفسية، والمعرفية – التعليمية، والاجتماعية، والاقتصادية؛ وفيما يلي عرضاً توضيحاً مفصلاً لكل أثر من هذه الآثار:

أولاً:الآثار البدنية (الفسيولوجية):

تتمثل الآثار البدنية الفسيولوجية التي تنتج عن الأرق في الأعراض الجسدية التي تصيب الفرد، كالانخفاض في نشاط الفرد، وهذا يشير إلى اضطراب فرط الاستيقاظ الذي يؤثر على

النوم واليقظة، كما يؤثر على معدل ضربات القلب بشكل أسرع في جميع مراحل النوم، ويظهــر في مجال الأرق الابتدائي، ويؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم، ويؤثر على كفاءة ونوعية النوم، كمــا تزداد معدلات البلازما في الدم والكرتيزول (Cortisol) (Shneerson,2005). ويعاني المــصابون بالأرق من الشعور بالتعب الجسمي والإرهاق أثناء النهار، وصعوبة الاهتمام بالدوام المدرســي أو العمل المدرسي، والنعاس أثناء النهار، والتوتر بسبب مشاكل النوم، وضعف الطاقــة البدنيــة والذهنية، ومشاكل في العلاقات الاجتماعية، والقلق، والاكتئاب، والاضطرابات النفسية، وعــدم القدرة على الاستمتاع بالأنشطة اليومية (Thompson & Franklin, 2010). ومن الجدير بالذكر أن الآثار الجسدية الناتجة عن الأرق قابلة للانتكاس؛ بسبب الإحساس بالتعب والإرهاق، والــشعور بالألم في العضلات. وقد تكون بارزة في الأطراف بسبب توتر العــضلات، والــصداع الحــاد، وارتفاع ضغط الدم، وقصر القامة عند الأطفال (Short Stature in Children)، وزيادة مخــاطر السقوط عند كبار السن بسبب الأرق (Shneerson, 2005).

ويرتبط الأرق ارتباطاً سلبياً مع الصحة الجسدية والنفسية ونوعية الحياة، إذا تركت دون علاج، وتشير طرق العلاج إلى فاعلية العلاج في تحسين نوعية النوم ونوعية الحيــاة وصــحة الفرد الجسمية والنفسية، كما تمتاز البرامج العلاجية بقدرتها على معالجــة الأمــراض النفــسية والجسمية الناتجة عن الأرق كالقلق، والاكتئاب، والاضطراب ثنائي القطب (Bipolar disorder)، واضطرابات المزاج (Mood disorder)، والسمنة (Obesity)، وارتفاع ضــغط الــدم، ومــرض السكري، ومشاكل الجهاز البولي، والجهاز التنفسي والجهاز الهضمي كقرحة المعدة وحرقتهــا، والتهابات المفاصل (Rosekind & Gregory, 2010). وزيادة التعب والإرهاق الجسمي، ونقص الطاقة البدنية، وصعوبة التركيز (Colten & Altevogt, 2006).

ثانياً: الآثار النفسية

تتمثل الآثار النفسية في معاناة الأفراد من الاضطرابات والأمــراض النفــسية، كفقــدان التركيز، واضطراب المزاج، والقلق، والإحباط، والتوتر، والاكتئاب الذي يبلــغ (50%)، عنــد الأشخاص الذين يعانون من الأرق المزمن، وفقدان الدافعية، والخوف مــن تــدهور الأوضــاع الصحية على المدى الطويل بسبب الأرق، والغضب، وعدم القدرة على العمل بفاعلية، سواء في الأسرة، أو في العمل أو في الحياة الاجتماعية. وينتشر الأرق بين أواسط المراهقين بنسبة تصل إلى (10%)، ويؤدي إلى شعورهم بالنعاس الشديد. وتلعب الآثار النفسية دوراً في زيــادة الأرق عند المراهقين (Shneerson, 2005). ويؤكد ليبمان وفكــتن (Libman & Fichten,1996) علــى معاناة الفرد من بعض الأعراض النفسية التي تتمثل في شعوره بعدم السعادة، والحزن، والتوتر،

أو الخوف والقلق، أو الاكتئاب بعد أو قبل النوم، أو بعد الاستيقاظ ليلاً، واضطراب المزاج، والعصبية، وعدم القدرة على مقاومة الضغط النفسي، كما يشعر بالتعب والإرهاق، والنعاس وعدم القدرة على التركيز، وضعف الطاقة لإنجاز المهام المطلوبة من الفرد.

ثالثاً: الآثار المعرفية

تتمثل الآثار المعرفية بعدم القدرة على التركيز، والإبداع في العمل، والخوض في القضايا المعقدة، وتراجع في أعمال الذاكرة، وكثرة النسيان (Daniel & Buysse, 2005). وتزداد الأفكار المعرفية والمعتقدات التي يفكر بها الفرد، وقد تكون هذه الأفكار مقلقة، وتحد من قدرة الفرد على الدخول في النوم (Libman & Fichten, 1996). وأشارت الدراسات إلى الآثار الأكاديمية والمعرفية التي يتركها الأرق، حيث أجرى جولتني (Gaultney, 2010) دراسة لمعرفة العلاقة بين اضطرابات النوم (الأرق)، والتحصيل الأكاديمي عند طلبة الجامعات، وأدخل بعض المتغيرات كالجنس والعمر. وأظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة سلبية بين الأرق والتحصيل الأكاديمي، واستنتجت أن الأفراد الذين يعانون من اضطرابات النوم والأرق هم أكثر عرضة للفشل الأكاديمي من غيرهم من الأفراد العاديين.

رابعاً: الآثار الاجتماعية

تبرز الآثار الاجتماعية التي يتركها الأرق عند الأفراد المصابين به بتأثيرها على نوعية الحياة، وخاصة عند كبار السن، حيث تضعف نشاطاتهم ومهاراتهم الاجتماعية في بيئات العمل بسبب التعب والإرهاق، كما يتسبب الأرق بعدم القدرة على انجاز المسؤوليات والمهام الموكلة اليهم. وممارسة بعض الأنشطة الاجتماعية السيئة مثل: السهر لوقت متأخر من الليل، وتناول المشروبات التي تحتوي على نسبة من الكافيين في المساء، والنيكوتين والكحول، أو تناول العقاقير والمخدرات (Shneerson, 2005). وتبدو الأعراض السلوكية والاجتماعية واضحة في معاناة الفرد من صعوبة الدخول في النوم، أو العودة إليه بعد الاستيقاظ في منتصف الليل، أو الاستيقاظ المبكر جداً في الصباح، وضعف القدرة على ممارسة الأنشطة والممارسات الحياتية أثناء النهار، وتراجع قدرة الفرد على ممارسة الأنشطة الاجتماعية (Libman & Fichten,1996) .

خامساً: الآثار الاقتصادية

يمكن القول أن الآثار التي يخلفها الأرق كثيرة لا يمكن حصرها، بالإضافة إلى الآثار التي ذكرت سابقاً هناك الآثار الاقتصادية التي تشكل عبئاً إضافياً على ميزانية الولايات المتحدة الأمريكية بما يقدر بأربعة عشر مليار دولار خلال السنوات العشر الماضية؛ نظراً لارتباط

تكاليف معالجة الأرق بعلاج بعض الأمراض الصحية والنفسية المصاحبة لـــه، كعـــلاج القلـــق، والاكتئاب، وتعاطي الكحول والمخدرات (Perumal & Monti, 2006) .

ومن الصعب تحديد تكاليف الأرق المباشرة وغير المباشـــرة بـــسبب تفـــاوت وتـــداخل مصادر الإنفاق، حيث تبلغ تكلفة علاج الذين يعانون من الأرق بنـــسبة (60%)، مـــن تكـــاليف الرعاية الصحية عند مراجعتهم لقسم الطوارئ، وزيارة الطبيب، وإجراء الفحوصات المخبريـــة، واستخدام مرافق المستشفيات الصحية بشكل كبير. كما يؤثر الأرق على الأداء اليومي، وانجـــاز المهام، وزيادة الأعطال والإجازات المرضية، وقد يؤدي إلى العجـــز علـــى المـــدى القـــصير، وتعويضات العمال على المدى البعيد.

وتنحصر تكاليف علاج الأرق المباشرة في تكاليف الرعاية الصحية التي بلغـــت فـــي الولايات المتحدة في عام (1990) بنسبة (15,9) بليون دولار، وفي عـــام (1995) بنـــسبة (13,9) بليون دولار، وقدرت التكلفة العلاجية لعلاج الأرق في السنة الواحدة ما يقـــارب (1,79) مليـــار دولار، وتوجد عدة تقديرات متفاوتة؛ نظراً لزيادة حجم التضخم وطرق القياس المختلفـــة، كمـــا قدرت تكاليف علاج الأرق خلال ستة أشهر للـــشخص الواحـــد ب (924) دولار (Rosekind & Gregory, 2010).

ويؤكد واتكينـــز وســـليوم (Watkins & Clum, 2008) واتـــرين وشـــومان (Attarian& Schuman, 2010) أن تكلفة علاج الأشخاص الذين يعانون من الأرق فـــي الولايـــات المتحـــدة الأمريكية تقدر بحوالي (1,7)، مليار دولار سنوياً كتكاليف للأدوية الطبية، والرعايـــة الـــصحية، وهناك تكاليف غير مباشرة تشمل: ضياعاً وهدراً لأوقات العمل، وانخفـــاض نـــسبة الإنتاجيـــة، وزيادة نسبة الحوادث المرورية التي تقدر كلفتها بثلاثين إلى خمسة وثلاثين بليون دولار سنوياً، وبالرغم من زيادة الانتشار والارتفاع والتكاليف الباهظة إلا أن نسبة العلاج محدودة، حيث تصل لنصف الأفراد الذين يعانون من اضطرابات النوم، أو الأرق، من المراجعين لعيـــادات الرعايـــة الصحية الأولية، ويشار إلى أن أقل من (15%)، من العيادات النفسية المعالجة للأرق تركز على العلاج الذاتي للأرق.

كما يؤثر الأرق في زيادة معدل الوفيات، فالأفراد الذين ينامون أقل من ست ساعات في الليلة يكون متوسط أعمارهم أقل من أولئك الذين ينامون ما بين سبع إلى ثمان ســـاعات؛ وذلـــك بسبب ارتفاع حالتهم العصبية مما يزيد من العجز لديهم، ويقلل من نسبة شفائهم؛ نظراً لاقترانـــه ببعض الأمراض الطبية الأخرى (Shneerson, 2005).

ويؤكد الدليل الإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM-IV)، أن الأرق يؤدي إلى ظهور دلالات مرضية مثل الشعور بالضيق، والأسى، وظهور اضطرابات في الوظيفة الاجتماعية، والخلل في أداء المهام اليومية، والشعور بالقلق، والاكتئاب، والتوتر، ومعاناتهم من بعض المشكلات الصحية كالتعب الجسمي والذهني (الشطرات،2001).

تشخيص وعلاج الأرق Diagnosis And Treatment Of Insomnia

تتحدد معايير تشخيص الأرق الأولي بصعوبة البدء أو الاستمرار في النوم، أو إلحاق أذىً اكلينيكيٍّ، أو ضعف في العمل، والعلاقات الاجتماعية والمهنية، وغيرها من المجالات، ولا تحدث هذه الأعراض في نوع آخر من أنواع اضطرابات النوم (Colten & Altevogt, 2006) .

ويمكن القول أن هناك اتفاق بين الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM-IV)، والدليل العاشر لاضطرابات النوم (ICD-10)، حول السمات الأساسية لتشخيص الأرق بالرغم من وجود بعض الأنواع الفرعية الأخرى للأرق، كما يوجد ثلاثة عناصر رئيسية لتشخيص الأرق هي:

أولاً: شكوى من صعوبة البدء في النوم بالرغم من توافر الفرصة الكافية للنوم.

ثانياً: شكاوى من النعاس والضعف أثناء النهار؛ كفرط النعاس، والتعب، وضعف التركيز.

ثالثا: القلق من عدم كفاية النوم، والتغيرات العاطفية السلبية، وضعف الأداء المعرفي، مما يؤثر على المجالات الاجتماعية، والمهنية، أو المادية للعمل (Perumal, Monti & Monjan, 2010)

ويرى شنيرسون (Shneerson, 2005) أن تشخيص مشكلة الأرق تتمثل بصعوبة البدء بالنوم بشكل متكرر عند الذكور والإناث، بالرغم من وجود فروق بين الجنسين في صعوبة الاستمرار في النوم، كما ويشخص الأرق بناءاً على الاستيقاظ المبكر في الصباح، الذي يعتبر متساوياً عند كلا الجنسين. وتم اقتراح بعض التصنيفات الخاصة بالأرق بناءاً على التشخيص التفريقي لتشمل أعراض الأرق؛ كصعوبات البدء بالنوم، أو صعوبات تتعلق بطبيعة النوم، أو الاستمرار فيه، أو الاستيقاظ أثناء النوم، أو الاستيقاظ المبكر في الصباح، ويشتكي المرضى من عدة أعراض مثل: مدة الأرق الزمنية، فهناك أنوع للأرق تعتمد على طول المدة الزمنية التي يعاني منها الفرد، كالأرق العابر الذي لا يستمر إلا لفترة زمنية قصيرة، بينما يستمر الأرق المزمن لفترة زمنية أطول، ويعتمد طول أو قصر المدة الزمنية للأرق على معدل ظهور الأعراض أو مدة تكراراها، كما تلعب الضغوط النفسية والاجتماعية دوراً في زيادة، أو خفض المدة الزمنية لظهور الأرق (Daniel & Buysse, 2005) .

وفي مجال الحديث عن تشخيص الأرق، يجدر بنا الإشارة إلى طـرق تـشخيص الأرق التي تساعد على تحديده من خلال الاستبانات والاختبارات التي تتعلق بالأرق، وبعض العوامـل المرتبطة به كالقلق، والاكتئاب، وإجراء صورة الرنين المغناطيسي للدماغ، أو التـشخيص مـن خلال الأعراض التي يشكوها المريض كاضطراب الساعة البيولوجية، الـذي يظهـر بتغييـر مواعيد النوم بشكل متكرر، وزيادة عدد مرات الاستيقاظ الليلي، وحركات النوم غير الطبيعيـة، وأنماط التنفس غير الطبيعي (Shneerson, 2005).

ومن طرق التشخيص الأخرى للأرق، التشخيص الذي يحدده طبيب المراكـز الـصحية الأولية، من خلال دراسة التاريخ المرضي بشكل دقيق، ثم يقوم بـإجراء الفحـص الـسريري، وتحويل المريض إلى مركز طب النوم لدراسة حالته إذا كان غير قادر على تحديد سبب الأرق، ويكون المختص في مركز طب النوم طبيب نفسي، أو أخصائي نفـسي، يعمـل علـى تـدريب المريض على بعض العادات الخاصة بنومه، وقد يـستخدم العـلاج الطبـي، ويجـري بعـض الاختبارات التي تتعلق بقياس درجة الأرق لديه (Marcus, 2009). كمـا تعتبـر المقـابلات، والاختبارت والمقاييس النفسية المتعلقة بقياس الأرق مؤشراً على معاناة الفرد مـن الأرق، ممـا يستدعي تقديم الإرشاد والعلاج النفسي لهذا الفرد.

وتتنوع طرق ومجالات علاج الأرق، حيث أثبتت الدراسـات فعاليـة بعـض طـرق ومهارات العلاج المستخدم لتخفيض درجة الأرق أو التخلص منها، وتعتمد عملية العـلاج علـى ممارسات متنوعة ومختلفة كالعلاج النفسي الذي يـشتمل علـى العـلاج الـسلوكي المعرفـي (Cognitive Behavioral Therapy) (CBT)، والعلاج الانفعالي (Emotional Therapy)، والعلاج الطبي (Medical Treatment) الذي يستند على الأدوية والعقاقير التي تساعد على النوم، والعلاج التكاملي (Integrative Therapy)، والعلاج بالضوء (Light Therapy). ويستند العلاج على عـدة خطوات كوجود تاريخ مفصل عن النوم، وسؤال الأزواج عن مشاكل تتعلق بـالنوم، ومعرفـة التاريخ الطبي للأسرة، وتحديد الأسباب المحتملة لإمكانية التخلص منها والتعامل مـع المـشكلة، واستخدام العلاج غير الدوائي، والعلاج الطبي إذا استدعى الأمر ذلك (Camilleri, 2007).

وفيما يتعلق بالعلاج السلوكي المعرفي (CBT) فقد أشار ماركوس (Marcus,2009) إلـى أهميته في علاج الأرق، حيث يهدف إلى ضبط الأفكار التي تحدث خللاً في نوم الفرد، بالإضافة إلى التدريب على بعض عادات النوم الجيدة، والنظافة الشخصية قبيل الشروع في النوم، ويعتبر العلاج السلوكي المعرفي متقدماً بدلاً من الاعتماد على العلاج الطبي أو الدوائي وحده.

ويؤكد المختصون في علاج الأرق أن الأدوية المنومة يجب أن تكون ملاذاً أخيراً للعلاج؛ نظراً لتعدد الآثار الجانبية التي تتركها على المريض كاضطراب المزاج، وعدم القدرة على التركيز، والشعور بالفتور، والدوخة، بالإضافة إلى تفاعل الأدوية بشكل سلبي مع بعضها، لذا يجب اطلاع الطبيب المختص على الأدوية التي يتناولها المريض قبل تناول الأدوية المتعلقة بالأرق. كما أن عدم الاهتمام بالنظافة الشخصية قبل النوم يؤثر على كمية ونوعية النوم، ويتم مساعدة الفرد على التخلص من الأرق من خلال ضبط البيئة التي ينام بها، والسيطرة على نمط نومه، والعمل على تغيير بيئة النوم بحيث يكون السرير مريح ودافئ، والغرفة مظلمة وهادئة، وخفض النشاط البدني خلال النهار، والاستعداد المسبق للدخول في النوم مثل أخذ حمام ساخن، والحفاظ على طريقة تغذية منتظمة من حيث النوع والكمية، وتجنب قيلولة النهار ما أمكن ذلك، وضبط الساعة البيولوجية لمواعيد النوم والاستيقاظ، وكمية المشروبات التي تحتوي على المنبهات والمنشطات في المساء، وتناول الأدوية في وقت مبكر لموعد النوم كأدوية السكري(مدرات البول) (Shneerson, 2005).

ويهدف العلاج السلوكي المعرفي إلى عكس الأفكار التي تبعث الأرق، ويحتاج العلاج السلوكي لمهارة من المعالج، وتطبيق المهارات السلوكية بشكل منتظم، والمتابعة الفردية لكل مريض من مرضى الأرق، وتحفيز المريض على الاستمرار في العلاج، كما يتطلب العلاج المعرفي علاقة جيدة بين المعالج والمريض، وإتقان لفنيات العلاج، ويعتبر الجمع بين العلاجين السلوكي والمعرفي ذا نتائج إيجابية لمدة تصل إلى شهر، من أجل مساعدة المريض على كسر الأنماط السلوكية الراسخة، وتغيير بعض الأفكار والمعتقدات لدى المريض (Shneerson, 2005) . كما ويهدف هذا العلاج إلى التقليل من اضطرابات النوم، وتحسين كفاءة النوم، من خلال ضبط وتغيير بعض العادات السلوكية التي تتداخل مع النوم أحياناً، بالإضافة إلى تغير بعض المعتقدات التي تحد من قدرة الفرد على تنظيم أفكاره، والنوم بطريقة معتدلة، وتمنع الفرد من الدخول في النوم والاسترخاء فيه (Daniel & Buysse, 2005).

ويتدخل العلاج المعرفي للأرق المزمن في معالجة الأفكار والمعتقدات الفكرية التي تسيطر على الفرد قبل النوم، ومعرفة الحاجة الملحة للنوم، والآثار المترتبة على الفرد بسبب قلة النوم، وضرورة السيطرة عليه، كون قلة النوم تؤدي إلى الإحباط، والقلق، وصعوبات تتعلق بالدخول في النوم (Shneerson, 2005). كما يعتبر العلاج النفسي للأرق الثانوي فعّالاً في تحسين نوعية النوم للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية، أو أمراض مستعصية مثل مرض

السرطان. وأثبتت الدراسات فاعلية العلاج السلوكي المعرفي للأرق عند كبار السن، أو الأشخاص الذين يعانون من الأرق ولديهم مرض الخرف (Daniel & Buysse, 2005).

ومن النتاجات التي تحققها العلاجات السلوكية المعرفية تعزيز العلاقة بين النعاس والنوم، وتحسين بيئة النوم وضبطها، وإرشاد المريض بعدم استخدام السرير إلا لغايات النوم أو الجنس فقط، كما يتم نصحه بعدم استخدام غرفة النوم إلا عند الشعور بالنعاس، والخروج من السرير لإجراء أي عمل آخر إذا لم يستطع الدخول في النوم بعد مدة تتجاوز ثلاثين دقيقة، ويتم تدريب المريض على تحديد وتقييد وقت النوم من خلال الحرمان من النوم، من أجل تحسين نوعية النوم، وتقليل الساعات التي يحتاجها المريض للدخول في النوم، أو زيادة النعاس من أجل سرعة الدخول في النوم، والاستمرار فيه كما يؤدي تقييد وقت النوم إلى زيادة النعاس أثناء النهار، وتدريب المريض على التغذية الراجعة البيولوجية، ومهارات الاسترخاء التي تهدف إلى خفض التوتر العضلي من خلال التدريب الذاتي على مراقبة الذات، والتركيز على الأحاسيس الفسيولوجية، كارتفاع درجات الحرارة، وتعديل الجهاز العصبي، والتركيز على مراقبة نبضات القلب، وارتفاع ضغط الدم، وضبط المنبه لغايات الاستيقاظ في وقت محدد كل يوم، والحد من القيلولة النهارية (Daniel & Buysse, 2005).

ومن الانتقادات التي تؤخذ على العلاج السلوكي المعرفي حاجته إلى وقت طويل، ومعالج مدرب، ولديه القدرة على التعامل مع المرضى، وتدريبهم على بعض التقنيات والمهارات، ويحتاج لعددٍ كبير من الجلسات بشكل مستمر، مدة كل جلسة ساعة واحدة، ويعتبر هذا النوع من العلاج محدوداً بسبب التكاليف الأولية، وعدم وجود مقدمي خدمات من المدربين والمختصين في مجال العلاج النفسي (Camilleri, 2007).

أما العلاج الانفعالي فيتمثل بشعور الفرد بالطمأنينة، والثقة، والأمن الذاتي، الذي يحقق نجاحاً في علاج الأرق، ويعتبر الاسترخاء والتخلص من الأرق من عوامل نجاح علاج الأرق، كما أن المشي، والحركة قبل النوم، وتجنب العقاقير والأدوية، والمشروبات والطعام عوامل مساعدة للتخلص من الأرق (بيدس،1981). ويجب على الفرد أن يتعامل مع همومه قبل الشروع في النوم، فلا يقلق عندما يدخل إلى الفراش، ويتحقق ذلك من خلال كتابة الهموم، والمشاكل النفسية ووضع الحلول المقترحة حيال كل هم منها، ويمكن للمرء أن يتحدث مع نفسه، بأن يضع لها وقتاً خاصاً للتعامل مع هذه المشكلة التي تعتبر مصدراً مقلقاً (Libman & Fichten, 1996) .

ومن الجدير بالذكر أن هدف هذه الدراسة مساعدة الأفراد على التخلص من الأرق من خلال الإرشاد المتركز على الانفعالات، حيث يتدرب الأفراد على المهارات والأساليب الانفعالية التي تساعدهم على التخلص من مشكلة الأرق، وما ينتج عنها من مشكلات انفعالية كتدني مفهوم الذات وغيرها.

ويبرز العلاج الطبي للأرق في استخدام العلاجات الدوائية المنومة، بهدف تحسين نوعية النوم وكميته، وزيادة درجة اليقظة في النهار، وتخفيف الإفراط من الاستيقاظ، وقد يعاني الفرد من أضرار تلك العلاجات الجانبية التي تتمثل في زيادة الخدار أثناء النهار، وفقدان الذاكرة، والشعور بالدوخة، وقلة الحركة، والحوادث أثناء القيادة؛ حسب كمية الجرعة، مع أنه يعطي نتائج إيجابية في التخلص من الأرق إذا أحسن استخدامه (Shneerson,2005**)**. ويشار إلى بعض الأدوية المستخدمة لعلاج مرضى الأرق، مثل علاج البنزوديازيبين (Benzodiazepine)، وغيرها من الأدوية ذات آثار سلبية على صحة الفرد، حيث بلغت عدد الوصفات الطبية التي صرفت لعلاج الأرق من الأدوية المضادة للاكتئاب (5,3)، مليون وصفة طبية بتكلفة مادية بلغت (4,2) دولار، كما تم استخدام بعض الأدوية الأخرى مثل مضادات الهيستامين (Histamine) لعلاج الأرق (Shneerson, 2005**)**. ويفضل استخدام العلاج الطبي لعلاج بعض اضطرابات النوم مثل: علاج انقطاع النفس أثناء النوم، والتدريب على الاسترخاء (Hamer, 2011).

ويستند العلاج التكاملي على استخدام نوعين أو أكثر من العلاج من أجل التخلص من جذور المشكلة، حيث يستخدم كل من العلاج الطبي، أو الطب البديل، أو العلاج السلوكي، وفق منهجية تكاملية كالتركيز على التاريخ الطبي للأرق، والتاريخ المهني، وتاريخ تعاطي المخدرات الذي يعتبر مفتاحاً أساسياً لتحديد بداية الأرق، ويتم الحصول على معلومات من المرضى عن استخدام مثل هذه العقاقير والأدوية، وإجراء الفحص البدني، والفحوصات المخبرية الشاملة، تليها الفحوص المخبرية المناسبة لتحديد الأسباب الفعلية لتفاعلات الأرق، أو المخدرات مع بعضها، وتحديد العادات السلوكية، وتدريب المرضى على بعض العادات السلوكية الجيدة مثل نظافة النوم، وترتيب درجة حرارة الغرفة، وتجنب تناول الكحول، والكافيين، والنيكوتين، وممارسة الرياضة بشكل منتظم، والحد من قيلولة النهار، والابتعاد عن الأدوية المنشطة، وضبط بيئة النوم، والحفاظ على الهدوء، والسرير المريح، وإغلاق الهاتف، والتلفاز، والكمبيوتر قبل النوم، وتدريبهم على تقنيات ومهارات الاسترخاء، والتأمل (Karri, Anne & Barnett, 2010).

وتقوم فلسفة **العلاج بالضوء** اعتماداً على الدراسة التي أجراها لاك وزملاؤه (Lack, et al.,2005)، لتقييم فعالية العلاج بالضوء الساطع لعلاج الأرق، المتمثل في الاستيقاظ المبكر في

الصباح، وتكونت عينة الدراسة من (24) فرداً من البالغين الذين يعانون من الاستيقاظ الباكر في الصباح بسبب الأرق، قسمهم الباحث إلى مجموعتين: المجموعة التجريبية التي استخدم معها الضوء الأبيض الساطع، والمجموعة الضابطة التي استخدم معها الأضواء الحمراء الخافتة، وتم رصد السجلات الخاصة بالنوم، والنشاطات المرتبطة به، وحالة المزاج قبل عملية العلاج بالضوء لمدة أربعة أسابيع، وخلال فترات المتابعة، لم يجد الباحث تغيرات في مرحلة النوم عند أفراد المجموعة الضابطة التي استخدم معها الضوء الأحمر الخافت، في حين وجد تحسناً عند أفراد المجموعة التجريبية التي استخدم معها الضوء الأبيض الساطع، حيث بدأت تتأخر ساعتين عن مواعيد الاستيقاظ خلال فترة المراقبة، كما انخفض الاستيقاظ الليلي بعد بداية النوم، وانخفضت الأعراض السلبية للمجموعة التجريبية، كما انخفضت مشاعر الاكتئاب خلال مرحلة المتابعة مقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة. وقد خلصت الدراسة إلى أن تعريض أفراد المجموعة التجريبية للضوء الساطع يؤخر موعد الاستيقاظ الباكر لمدة ساعتن، ويحسن من الأداء خلال النهار لمدة تصل إلى شهر بعد التعرض للضوء الساطع، كما تؤكد الدراسة أن العلاج بالضوء يعتبر أداة فاعلة في علاج الأرق، والاستيقاظ المبكر في الصباح.

ويعتبر العلاج بالضوء مفيداً بسبب اضطراب الساعة البيولوجية، والرحلات الجوية الطويلة، أو تغير وقت العمل، ويستخدم لتأخير موعد النوم، أو السيطرة على فترة الاستيقاظ المبكر في الصباح (Shneerson, 2005).

وخلاصة القول إن علاج الأرق يساعد على تحسين نوعية النوم وكميته، ويحسن الأداء أثناء اليقظة، ويتركز علاج الأرق على عدة أمور منها القضاء على مسببات الأرق مثل: التخلص من تناول الكافيين، أو الأدوية (Hamer,2011). وعلاج الاضطرابات الطبية، أو الربو الليلي، أو الذبحة الصدرية، وعلاج الاكتئاب من خلال استخدام مضادات الاكتئاب الطبية مثل: تريميبرامين، إيميبرامين، ودوكسيبين، حيث تلعب هذه العلاجات دورها في رفع الحالة المزاجية للفرد (Shneerson, 2005).

تعريف الذات ومفهوم الذات Self-Definition And Self-Concept

يعتبر وليم جيمس (William-James)، من أوائل الأشخاص الذين تحدثوا عن الذات بشكل واسع، ونظر إليها من منظورين: **أحدهما** أن الذات هي التي تملك المعرفة، أو التي تمتلك وظيفةً مسؤولة، **والثانية** تهدف إلى تحديد معرفتنا وماذا نعرف، وعرّفها بأنها مكونة من: الذات الجسمية وهي التي تتألف من الجسم والمظهر الخارجي، والذات الاجتماعية التي تهتم بعلاقات الفرد الاجتماعية، والذات النفسية وتشمل العواطف والمشاعر. وتتكون الذات من جميع جوانب

النفس ومجالاتها، كما أنها قادرة على تكوين الثقة بالنفس، وإثارة المشاعر، وتحقيق السعادة، أو العكس من ذلك، حيث تخفض ثقة الفرد بنفسه، وتجعله غير راض عن حياته (Epstein,1973) .

ويعد البحث عن الذات مفتاحاً رئيسياً لدراسة الشخصية؛ كونها تركز على الخبرات المدركة لدى الفرد في الوقت الحاضر، وعلى الذات الظاهرية ونمط الذات، ومع ذلك يتطلب تحقيق الإنسان لذاته أكثر من تحقيقه للحاجات البيولوجية، والغرائز الجنسية والعدوانية (دويدار،1999). ويرى روجرز (Rogers) أن الذات هي مركز بناء الشخصية ومحورها، ومفهوم الذات هو حجر الزاوية والنواة التي تقوم عليها الشخصية (Corey, 2009).

كما تعتبر الذات مركز وجوهر الشخصية للفرد عند روجرز (Rogers) ويصفها بأنها منتج اجتماعي وهي أساس العلاقات الشخصية، ويؤكد على حاجة الإنسان الأساسية لتحقيق ذاته بشكل مستمر (Obilor & Isaac,2011). ويعتقد روجرز (Rogers) أن نظريته لها وظائف دفاعية، وتكامل وتنظيم للخبرات، ويدرك الفرد الخبرات التي لا تتفق مع مفهوم ذاته بأنها مصدراً مهدداً لمفهومه لذاته، وتسبب له ضغوطاً نفسيةً، وقلق، وسوء توافق نفسي واجتماعي (Rogers,1951).

ويعرف إبستاين (Epstein,1973) الذات بأنها الشخص المقصود من الخطاب المشترك، ويتم تحديدها باستخدام الضمائر الفردية مثل: ضمير المخاطب أنا (I) الفاعل، أو لي (Mine)`المفعول به، أو ذاتي (Myself)، وأشار إلى أن الذات تنتج عن أقوى العواطف التي لا تخضع لرقابة الحكم الذاتي، وأنها ليست سوى مشاعر ذاتية داخلية يمكن من خلالها التعرف على الذات. ويؤكد الشناوي (1994) أن الذات تعكس العالم الداخلي للفرد أكثر من كونها تعكس البيئة التي يعيش فيها، فهي عملية عكس للخلفية المتصلة بالخبرات التي عاشها الفرد، وتشمل ردود الفعل التي تصدر عن الآخرين. فالذات هي مصطلح إنساني، وتنبع من الإطار الداخلي للفرد، وتمثل شخصيتنا الداخلية وتشبّه بالروح (Mcleod, 2007).

وينظر قرني (2002)، إلى الذات (Self) بأنها الكيان الأولي البسيط، والقوة المركزية العليا عند الفرد الإنساني، والجهاز الموحد لكل قوى الذهن، والحامل لسائر الأنشطة الواعية، وصاحب القرار والمشيئة، والقائم على التخطيط والفعل، والمتحمل للمسؤولية، وهي كيان إدراكي ومعرفي ووجداني، وذو قرار وحكم ومشيئة، وكيان أخلاقي وعملي.

واتفق الخطيب وزملاؤه (2003)، على أن الذات تمثل جوهر الشخصية التي تؤثر بشكل بالغ على سلوك الفرد وتصرفاته، وأن مفهوم الذات مفهوم أساسي لدراسة الشخصية، وللذات جوانب أساسية منها: الجانب الجسدي ويشمل الجسم وفقاً لسماته البيولوجية، والجانب الاجتماعي

ويتضمن العلاقات الاجتماعية، والسلوك الذي يقوم به الفــرد. وتعــرف ســانجيتا وســوميترا (Sangeeta & Sumitra, 2012) الذات كونها جزء من شخصية الفرد.

وعند الحديث عن مفهوم الذات كمكون من مكونات الشخصية الفردية؛ فإننا نتحدث عــن أوائل الأشخاص الذين استخدموا هذا المصطلح منذ فترة مبكــرة أمثــال: البــورت (Alboert)، وجيمس (James)، وليكي (Leky)، وماسلو (Maslow)، وميــد (Mead)، وميرفــي (Murphy)، وريمي(Remy)، وكومبس (Combs)، للإشارة إلى خبرة الفرد بذاته باعتباره تنظيمــاً إدراكيــاً (Perceptual Organization) من المعاني والمدركات التي يحصّلها ويكتــسبها الفــرد، وتــشمل الخبرات الشخصية للذات (أحمد،2000).

ويؤكد وليم فيتس (William-Fitts) أن مفهوم الفرد لذاته يؤثر على كثير مــن جوانــب سلوكه، ويتعلق بشكل مباشر بحالته الشخصية والعقلية بوجه عام، ويميل الأشخاص الذين يرون أنفسهم غير مرغوبين أو سيئين ولا قيمة لهم إلى أن يتصرفوا وفق الصورة التي يرون أنفسهم عليها، بينما يميل أصحاب المفهوم غير الواقعي إلى التعامل مع الحياة والنــاس بأســاليب غيــر واقعية، وبالتالي فان ذلك يدفعهم إلى أن يسلكوا أساليب سلوكية منحرفة (فيتس،1998).

ويعرف روجرز وزملاؤه (Rogers,et al.,1990) مفهوم الذات (Self-Concept)، بأنــه الكل التصوري المنظم والمتناسق لتصورات الذات وخصائصها التي يعزوهــا الفــرد لنفــسه، وعلاقتها مع الآخرين، والقيم الإيجابية والسلبية التي تتعلق بهذه الخصائص، وبعض تــصورات ومظاهر الحياة المختلفة المرتبطة بالإدراكات.

ويؤكد الشناوي (1994)، أن مفهوم الذات عبارة عــن تكــوين معرفــي مــنظم ومــتعلم للمدركات الشعورية، والتصورات والتعميمات الخاصة بالذات يبلورها الفرد، ويعده تعريفاً نفسياً لذاته، ويتكون مفهوم الذات من أفكار الفرد منسقة الأبعاد، كما أن مفهوم الذات صــورة يكونهــا الفرد عن نفسه جنباً إلى جنب مع تقويمه وحكمه على هذه الصورة.

ويرى راث وناند (Rath & Nand, 2012) مفهوم الذات بأنه فكرة الفــرد عــن نفــسه، وتتشكل هذه الفكرة من الخبرات والعلاقات البيئية، كما تلعب العلاقات الاجتماعية دوراً حيويــاً في بناء فكرة الفرد عن نفسه، ويعرفانها أيضا بأنها وصف الفرد لنفسه وإعطــاء الفــرد قيمــة إيجابية عن نفسه، وتسمى بمفهوم الذات الإيجابي، أو العكس من ذلك إذا كانت مشاعره ســلبية، فيكوّن مفهوماً سلبياً عن نفسه، وينمو مفهوم الذات في سن المراهقة وتنعكس آثــاره علــى أداء الفرد الأكاديمي. ويحدد شافلسون وهوبنر وســتانتون (Shavelson, Hubner & Stanton, 1976) مفهوم الذات بأنه هو تصور الشخص لنفسه، ويتشكل هذا التصور من خلال خبراته في البيئة.

ومفهوم الذات نظام ديناميكي معقد ومنظم، يتضمن بعض المواقف والمعتقدات التي يحملها الشخص عن نفسه، كما يتضمن المواقف والمشاعر ومعرفة المهارات والقدرات الاجتماعية (Obilor & Isaac, 2011).

من جهة أخرى يحدد الخطيب وزملاؤه (2003)، مفهوم الذات بكونه تكوين معرفي منظم وموحد ومتعلم للمدركات الشعورية، والتصورات والتعميمات الخاصة بالذات، وتشمل مجالات الذات وأبعادها كل من: الذات المدركة: أي المدركات والتصورات التي تحدد خصائص الذات، والذات الاجتماعية أي المدركات والتصورات التي تحدد الصورة التي يعتقد أن الآخرين يتصورونها من خلال التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، والذات المثالية: أي المدركات والتصورات التي تحدد الصورة المثالية للشخص.

ويعرف كوري (Corey, 2009) مفهوم الذات بأنه المجموع الكلي للخصائص التي يعزوها الفرد لنفسه، والقيم الإيجابية والسلبية التي تتعلق بهذه الإدراكات عبر تجارب الفرد في بيئته، وتتأثر بشكل خاص بالتعزيز وبالأشخاص المهمين لديه. أما باركر (Parker, 2010) فيرى مفهوم الذات بأنه الصورة الكلية التي يدرك أو يفهم الفرد بها نفسه والآخرين. وينظر بيجي (Peggy) (المشار إليه في الخطيب،2003) لمفهوم الذات بأنه إدراك الفرد لذاته في أبعادها الجسدية، والاجتماعية، والعقلية، والانفعالية، ويتضمن جوانب القوة والقصور في شخصية الفرد.

وتبلغ أهمية مفهوم الذات في فهم شخصية الفرد؛ كونه تكوين معرفي منظم ومتعلم للمدركات الشعورية، والتصورات، والتقييمات الخاصة التي يبلورها الفرد، ويعتبره تعريفاً نفسياً لذاته، ويتكون مفهوم الذات من أفكار الفرد الذاتية المشتقة والمحددة الأبعاد من العناصر المختلفة لكينونته، ويتكون من عدة عناصر كالكفاءة العقلية، والثقة بالذات، والكفاءة الجسمية، والانسجام أو الخجل، والتكيّف الاجتماعي، وينمو مفهوم الذات تكوينياً للتفاعل الاجتماعي جنباً إلى جنب مع الواقع الداخلي للفرد (زهران، 1978).

ويؤثر مفهوم الذات بجوانب سلوك الفرد، ويتعلق بحالة الفرد النفسية، وشخصيته بوجه عام، حيث يميل أولئك الذين يرون أنفسهم أنهم غير مرغوبين ولا قيمة لهم أو سيئين إلى السلوك وفق هذه الصورة التي يعتقدونها، بينما يتجه أصحاب المفهوم غير الواقعي إلى التعامل مع الحياة والناس بأساليب منحرفة أو شاذة (أحمد،2000).

ويمكن القول أن مفهوم الذات يتمثل في فكرة الفرد عن نفسه، حيث أنّ رؤية الفرد لنفسه من منظور إيجابي تنعكس على تصرفاته وأنشطته إيجابياً، بينما رؤيته لنفسه من منظور سلبي

تعكس أيضاً تصرفاته السلبية، فمعتقدات الفرد عن نفسه والصورة التي يمتلكها عـن ذاتـه تعـد مؤشراً قوياً ومرتبطاً مع تصرفات الفرد في مجالات الحياة.

أبعاد وأنواع مفهوم الذات Dimensions And Types Of Self-Concept

تشير الدراسات والأبحاث التي تناولت موضوع مفهوم الذات إلى اتفاق أغلب البـاحثين على تحديـد مكونـات وأبعـاد مفهـوم الـذات (الحمـوي،2010؛ الظـاهر،2004؛ الخطيـب وزملاؤه،2003؛ دويدار،1999؛ أبو جادو،1998؛ الـشناوي،1994؛ جبريـل،1993؛ بـاركر(Parker,2010)، بأنها تتمثل في: الذات الجسدية، والذات الاجتماعية، والذات المثاليـة، والـذات الواقعية، والذات المدركة، والذات الأكاديمية، والذات النفسية. وفي ما يلي عرضاً مفـصلاً لكـل بعد من هذه الأبعاد على حدة:

أولاً: الذات الجسدية (Physical-Self): وقد عرفها جبريل (1993) وأبو جادو (1998) بأنهـا تشمل الجسد وفعاليته الجسدية. أما باركر (Parker, 2010) فيرى أنها تشمل التغيرات التي تطـرأ على الجسد خلال فترة المراهقة، وتتلخص في رؤية المراهـق لجـسمه، ومظهـرة الخـارجي ورضاه عنه، كما تتعلق ببداية فترة البلوغ عند المراهق، حيث يعتبر سن البلوغ عاملاً مـساهماً في تنمية مفهوم الذات الجسمية، وزيادة قدرته البدنية، كما تلعب الجاذبيـة الجـسدية دوراً فـي مفهوم الذات الجسمي لدى المراهقين. وترى الحموي (2010)، بـأن مفهـوم الـذات الجـسدي يتضمن فكرة الفرد عن جسمه، وصحته، ومظهـره الخـارجي، وحالتـه الجنسية.

ثانياً: الذات الاجتماعية (Social-Self): وقد عرفها الشناوي (1994)، وجبريـل (1993)،بأنهـا الذات كما يراها الآخرون، حيث يدرك الفرد أن الآخرين يفكرون به بطريقة خاصة، ويحـاول في معظم الأحيان العيش ضمن توقعات الآخرين، وهنا تنشأ الصراعات الداخليـة عنـدما يجـد الفرد فجوة بين الذات المدركة والذات الاجتماعية. وتنظر الحموي (2010)، إليها بأنها تتـضمن فكرة الفرد عن نفسه من خلال علاقته بالآخرين ومكانتـــــه بينهم، ودوره في التفاعل معهم. وتتمثل الذات الاجتماعية في تصورات الآخرين عن الفرد، أو كفـاءة الفـرد الاجتماعيـة فـي علاقاته وتفاعله مع الآخرين، حيث يتفاعل المراهقون مع المعلمين والأقران، ويتكيفون في البيئة الصفية، ويتأثر مفهـوم الـذات الاجتمـاعي بالبيئـة الاجتماعيـة والـصراعات الاجتماعيـة (Parker,2010).

أما الخطيب وزملاؤه (2003)، فيرون أنها تتكون من المدركات والتصورات التي تحدد الصورة التي يحملها الفرد لتقويم تصرفات وأقوال الآخرين أثناء التفاعل الاجتماعي بين الفـرد والآخرين. ويلخصها دويدار(1999)، بأنها الذات كما يراها الآخرون.

ثالثاً: الذات المثالية (Ideal-Self): ويصفها الشناوي (1994)، بأنها تحدد رغبات وطموحات الأفراد التي يرغبون في تحقيقها، وهذا الجانب من الذات يدمج أدوار وتطلعات الفرد لحياته، وتعكس الذات المثالية ما يود الفرد أن يقوم به فعلاً؛ لذا يجب أن تكون مثاليات الفرد ضمن حدود الممكن. ويرى دويدار (1999)، بأن الذات المثالية تمتلك الصورة التي يتمنى الفرد أن يكون عليها، وتكون عليها قيمه المثالية وعادة ما يكون الفرد متأثراً بقيم الآخرين المهمين في نظره، والتي تتفق مع مفهومه عن ذاته، أما تلك التي لا تتفق مع خبراته ولا تتطابق مع مفهومه عن ذاته فإنها تدرك كمهددات للذات. ويلخصها جبريل (1993) وأبو جادو (1998) ودويدار (1999) بأنها ما يطمح أن تكون عليه الذات.

رابعاً: الذات الواقعية (Actual-Self): وتعتبر الذات الواقعية قلب ومركز مفهوم الذات؛ كونها تصف الحالة التي يكون عليها الفرد بالفعل (الشناوي،1994). ويعرفها غنيم (1978) بأنها الذات كما يعتقد الفرد بوجودها في الواقع.

خامساً: الذات المدركة (Perceived–Self): وتتمثل في رؤية الشخص لنفسه من خلال تفاعلاته مع الآخرين والبيئة، فإذا كان الفرد محبوباً ومقبولاً فإن الذات ترى كذلك، أما إن تعلم الفرد أنه لا أهمية ولا قيمة له، فإنه سوف يرى نفسه لا قيمة لها، وهذا يصبح تطوراً لمفهوم الذات (الشناوي،1994). وتعرف أيضاً بأنها إدراك المرء لحقيقته عن نفسه، وليس كما يرغب بها، ويشمل هذا الإدراك جسم المرء وقدراته وطموحاته ومعتقداته ودورة في الحياة (الخطيب وزملاؤه،2003). ويرى الظاهر (2004)، بأنها الذات كما يعتقد الشخص بوجودها في الواقع.

سادساً: الذات الأكاديمية (Academic-self): وهي تتعلق بأداء الطالب أو الفرد الأكاديمي، وتقاس من خلال علامات الطالب ودرجاته التحصيلية (GPA) (Grade Point Average)، وتستخدم الذات الأكاديمية كعنصر من عناصر مفهوم الذات؛ لتعزيز مفهوم الذات الإيجابي الذي يشير إلى المواقف والمشاعر المكونة عند الطلاب حول مهاراتهم الفكرية أو الأكاديمية إذا تمت مقارنتهم بالآخرين، كما تتكون من خليط من الأحكام والمعتقدات الذاتية والعاطفية حول مشاعر الفرد ومهاراته الأكاديمية (Isiksal, 2010).

ويتصل مفهوم الذات الأكاديمي ببعض القضايا المدرسية، ويتعلق بالطموحات التعليمية، والمهنية، والتحصيل الدراسي (Obilor & Isaac, 2011). ويعرّف الخطيب وزملاؤه (2003)، الذات الأكاديمية بأنها تشمل كل سلوك يعبر فيه الفرد عن نفسه، من حيث قدرته على التحصيل، وأداء الواجبات الأكاديمية، بالمقارنة مع الآخرين الذين يقومون بنفس المهام والواجبات، أي إنه تقدير الفرد عن علامات الاختبارات التحصيلية.

سابعاً: الذات النفسية (Psychological –Self): أضاف باركر (Parker, 2010) هذا البعد من أبعاد ومكونات مفهوم الذات، وهي من أكثر مجالات وأبعاد مفهوم الذات عرضة للخطر في مرحلة المراهقة، وتتركز على مشاعر الطلاب، والقلق، والاكتئاب وأعراضه، وتدني مفهوم الذات، وظهور بعض المشاكل النفسية. كما أضافت الحموي (2010)، الذات الشخصية (Personal-Self) وهي إحساس الفرد بقيمته الشخصية، وتقديره لمزاياه ومهاراته الخاصة. والذات الأسرية وهي فكرة الفرد عن نفسه بصفته عضواً في الأسرة، ومدى تكيفه معها، والتزامه بها. والذات الأخلاقية (Moral-self) وهي فكرة الفرد عن أخلاقه والتزامه بالقيم الأخلاقية، ورضاه عن إيمانه بمعتقداته وأفعاله. أما البعد الذي إضافة جبريل (1993)، وأبو جادو (1998)، فيتمثل في الذات كعملية (Self as a Process) وتتضمن الأفكار والمشاعر والسلوك. ويشير مفهوم الذات إلى الصورة الكلية التي يملكها الفرد عن نفسه.

ويمكن القول أن هناك ارتباط بين أشكال الذات وأبعادها، كما أنها تؤثر ببعضها البعض، إذ يتأثر مفهوم الذات المدرك بمفهوم الذات الاجتماعي، والمثالي، كما ويتأثر مفهوم الذات الأكاديمي بمفهوم الذات المدرك (الخطيب، وزملاؤه،2003). وترتبط هذه الأبعاد في التحصيل الدراسي، والنجاح والدافعية، والسلوك (Parker, 2010).

وتجدر الإشارة إلى ضرورة ذكر **أقسام وأنواع مفهوم الذات**، حيث يقسم علماء النفس مفهوم الذات إلى قسمين هما: **الذات الإيجابية** (Positive-Self) وهي التي يتمتع صاحبها بصحة نفسية جيده، **والذات السلبية** (Negative-Self) وتعتبر عكساً لمفهوم الذات الإيجابية (Obilor & Isaac,2011).

وتبلغ أهمية بناء مفهوم ذات إيجابي عند الأطفال باعتبارها مطلباً نمائياً، وتعتبر مفاهيم الذات ليست محددة فطرياً أو سابقة التحديد، فهي تؤكد على أهمية مساعدة الأطفال على نمو صورة إيجابية لأنفسهم، لذا فإن تكوين مفهوم ذات سوي في مرحلة الطفولة يمهد السبيل للنمو الصحي لهذا المفهوم في المراحل التالية وعلى أسسٍ سليمة (عبد الله،1994).

ويتمثل مفهوم الذات الإيجابي في تقبل الفرد لذاته ورضاه عنها، حيث تظهر صوراً واضحة ومتبلورة للذات لمن يتمتعون بمفهوم ذات إيجابي، يلمسها كل من يتعامل مع الفرد أو يحتك به، ويكشف عنها أسلوب تعامله مع الآخرين الذي يظهر فيه دائماً الرغبة في احترام الذات وتقديرها والمحافظة على مكانتها الاجتماعية، ودورها وأهميتها، كما أن الثقة بالنفس والتمسك بالكرامة والاستقلال الذاتي، والاستبصار الذاتي، تعبر عن تقبل الفرد لذاته ورضاه عنها (الشيخ،2003).

ويشمل مفهوم الذات الإيجابي عدداً من الخصائص الإيجابية للسلوك، تنعكس آثارها إيجابياً على أبعاد الشخصية، كتقبل الآخرين، وتوفير التوافق العام. ومن الأفكار التي تؤدي إلى تكوين مفهوم ذات إيجابي عند الأطفال امتداح الكبار لهم عند قيامهم بالأعمال الحسنة، وإعطاءهم بعض الأهداف بحيث تكون قابلةً للتطبيق. ويتمثل أيضاً في تقبل الفرد لذاته، ورضاه عنها حيث تظهر لمن يتمتع بمفهوم ذات إيجابي، وإعطاء صورة واضحة للذات يلمسها كل من يتعامل مع الفرد أو يحتك به، ويتفق العلماء على أن مفهوم الذات الإيجابي يشكل النواة الأساسية للشخصية القوية، فقد وجد أن الفرد ذو الدرجة الإيجابية المرتفعة في مفهوم الذات أكثر قدرة على التعامل مع مصادر الضغط والتعامل الإيجابي مع المرض، ومن الطرق التي تعمل على تنمية مفهوم الذات الكشف الواقعي عن صورة الذات، وبلورة الهوية الشخصية للفرد، ومساعدة الأفراد في التعبير عن مشاعرهم، وتوفير العطف، والحب، والقبول، والحنان، والاحترام، والثقة، والاستماع إليهم، وفهم تصرفاتهم وأفعالهم (عبد الله،1994).

ويلعب مفهوم الذات دوراً حاسماً في الجانب النفسي عند المراهقين؛ فالأفراد الذين يكون مفهومهم عن ذاتهم إيجابياً هم أكثر قبولاً في علاقاتهم الاجتماعية، أما الأفراد الذين يكون مفهومهم عن ذاتهم سلبياً، فإنهم يعانون من علاقات اجتماعية مضطربة مع الأسرة والأقران، ويميلون إلى بعض السلوكات السيئة كتناول الكحول، والمخدرات (Pauriyal, Sharma & Gulati 2010).

وتبرز أهم مظاهر مفهوم الذات السلبي بالانحرافات السلوكية، والأنماط المضادة أو المتناقضة مع أساليب الحياة العادية للأفراد، التي تخرجهم عن الأنماط السلوكية العادية المتوقعة من الأفراد العاديين في المجتمع، والتي تجعلنا نحكم على من تصدر عنه سلوكات غير سوية بأنه من فئة الأشخاص غير الأسويا، ويعاني هؤلاء الأفراد من نوعين من السلبية تتمثل في عدم القدرة على التوافق مع العالم الخارجي الذي يعيشون فيه، ويعبر عن ذلك بأنه محمل بالمشاكل والهموم، ويشعر بعدم الاستقرار العاطفي، والاطمئنان في حياته، كما يظهر في شعور البعض بالكراهية من الآخرين، ويعبر عن ذلك بأنه يشعر بعدم قيمته أو أهميته، ويمتاز الأفراد الذين يحملون مفهوماً سلبياً عن أنفسهم بأنهم الأكثر قلقاً، والأكثر ميلا لكتمان مواقف الفشل في حياتهم، وتكمن الأسباب المؤدية لتكوين مفهوم ذات سلبي عند الأطفال بأساليب التنشئة الاجتماعية كالحماية الزائدة، والإهمال، وعدم الاهتمام بالطفل مما يترتب على ذلك مشاعر النقص داخل أعماق الطفل، وقد تتطور لتشمل الحقد، والكراهية، والميل إلى العدوان، والإحباط والشعور بالفشل، والعجز، وتدنياً في تقدير الذات ومفهوم الذات (عبد الله،1994).

خصائص مفهوم الذات والعوامل المؤثرة فيه Characteristics Of Self-Concept And The Factors Influencing it:

يشتمل مفهوم الذات على عدة عناصر أساسية، كتقدير الذات (Self-Esteem) وهو فكـرة الفرد عن نفسه وحكمه عليها، ويعتقد روجرز (Rogers) أن مشاعر الذات وضعت في مرحلـة الطفولة المبكرة، وتتشكل من خلال تفاعل الطفل مع والدية، والصورة الذاتية وهي كيف يـرى الفرد نفسه، وتشكل الصورة التي يراها لنفسه، وتوثر صورة الجسم الخارجي علـى شخـصية الفرد الداخلية، والذات المثالية وهي الصورة التي يطمح الفرد إلى الوصول إليها، وهي تتكـون من أهدافنا وطموحاتنا في الحياة، وتختلف الذات المثالية في مرحلة الطفولة عنها فـي مرحلـة المراهقة (Mcleod, 2007).

ويرتبط مفهوم الذات ببعض خصائص الشخصية عنـد الأفـراد كـالمزاج، والدافعيـة، والذكاء والمواهب، بحيث تتفاعل مع تغييرات البيئة الاجتماعية، والتغيرات الجسمية التي تحـدث للفرد، وتعتبر مرحلة المراهقة فترة الاضطراب، والتوتر بالنسبة لمفهوم الـذات، حيـث يعـاني المراهقون من تدن لتقديرهم لذاوتهم، ولوعيهم بأنفسهم، وانخفاض استقرارهم النفسي (Pauriyal, et al.2010). ويشمل مفهوم الذات خصائص الفرد التي يكون أكثر وعياً لها من تلك التي يعتقـد أنه يمارس السلطة عليها، وهناك حاجة أساسية لتعزيز الذات. ولمفهوم الذات وظيفتين أساسيتين هما: معرفة الخبرات والبيانات التي تتعلق بردود الفعل الاجتماعية، وتـسهيل حاجـات الـذات لتجنب الرفض، والقلق (Epstein, 1973). ويتفق كل من (الظاهر،2004؛ والخطيـب وزمـلاؤه 2003؛ وهيبي،1999؛ وأبو جادو، 1998) على تحديد خصائص مفهوم الذات بأنها:

1. **مفهوم الذات المنظم ــ البنائي** (Organized or Structured): وهو مفهوم يتعلق بطريقـة تصنيف الخبرات وإعطائها معنى وقيمة، وتمثل خبرات الفرد المتنوعة والمختلفة معلومـات ومدركات الفرد عن ذاته، حيث يقوم بإعادة ترميز هذه الخبرات للتقليل من تعقيدها ولجعلها أكثر بساطة ومرونة، وترتبط هذه الخبرات بثقافة الفرد وتشكل مرحلة لاستكمالها.

2. **مفهوم الذات متعدد الجوانب** (Multifaceted): أشارت بعض الدراسات بأن نظام التـصنيف يمكن أن يضم عدة مجالات منها: المدرسة، والقدرة الجـسدية والعقليـة، والجاذبيـة الجـسمية، والتقبل الاجتماعي، وجميعها تعكس التصنيف الذي يتبناه الفرد، أو يشاركه فيه الآخرون.

3. **مفهوم الذات الهرمي** (Hierarchical): تعتبر خبرات الشخص قاعدة للهـرم فـي المواقـف الخاصة، بينما يحتل الذات العام قمة الهرم، وحسب نموذج شافلسون (Shavelson)، فـإن قمـة

الهرم تقسم إلى عنصرين اثنين هما: مفهوم الذات الأكاديمي (التصنيف حسب المــواد التعليميــة المختلفة)، ومفهوم الذات غير الأكاديمي، ويقسم إلى مفاهيم نفسية وجسمية واجتماعية للذات.

4. **مفهوم الذات الثابت نسبياً** (Stable): ويشير إلى المفهوم العام للذات، والذي يتميــز بالثبــات النسبي، وتقل قابلية هذا المفهوم كلما كان الاتجاه في الهرم نحو القاعدة، ويتغير حسب المرحلــة العمرية، والأحداث والمواقف التي يمر بها الشخص كالنجاح أو الإخفاق في أداء مهمة رياضية، وربما يؤدي إلى تغير مفهوم الشخص لقدراته الرياضية، ولكنه لا يؤدي إلى تغير المفهوم العــام لذات الفرد.

5. **مفهوم الذات التطوري ـ النمائي** (Developmental): تزيد جوانب مفهوم الذات لدى الفــرد كلما تقدم في العمر من مرحلة الطفولة إلى المراهقة والبلوغ، فالطفل في بداية حياتــه لا يميــز نفسه عن البيئة المحيطة به، ولا يكون قادراً على التنسيق ما بين الأجزاء الفرعية لخبراته، ومع تقدم السن به، تزداد مفاهيم الطفل وخبراته، ويصبح أكثر قدرة على إيجاد التكامل والعلاقات مــا بين الأجزاء الفرعية، لكي يتمكن من تشكيل إطار موحد للمفاهيم.

6. **مفهوم الذات التقييمي** (Evaluative): يعمل مفهوم الذات على تزويد الفرد بتقييم أو وصف لذاته، ويعتمد ذلك على قيمة خبرات الفرد في ثقافة المجتمع، وبناءاً على المواقف الحياتية التي يعيشها الشخص.

7. **مفهوم الذات الفارقي** (التفاضلي) (Differentiable): ويشير هذا المفهوم إلى التميز والخصوصية عن المفاهيم الأخرى ذات الارتباط من خلال علاقته النظرية، وبناءاً عليه فإن مفهوم الذات المتعلق بالقدرة العقلية يرتبط بالتحصيل الأكاديمي بشكل أكثر من علاقته بالمواقف الاجتماعية والمادية، الأمر الذي يعني تمييز مفهوم الذات عن المفاهيم الأخرى كالتحصيل الدراسي.

وعند الحديث **عن العوامل المؤثرة في مفهوم الذات** يشار إلى تطور مفهوم الذات ونموه مع نمو الفرد وتقدمة في العمر، ويعتبر الآباء والمعلمون، والأقران، من المساهمين في تطــوير الذات الإيجابية لدى الفرد (Parker, 2010). كما تتأثر الذات بتجارب الشخص الذاتية، والتقيــيم والحكم من قبل الآخرين، وتتألف الذات من مفاهيم فريدة من نوعها (Mcleod, 2007).

وتلعب العوامل الوراثية دوراً في التأثير في تطور مفهوم الذات ونموه، من خلال تفسير الأطفال لسلوك الآخرين وفقاً لمستوى ذكائهم، فالأطفال الأذكياء يفــسرون مــشاعر الآخــرين نحوهم، بشكل أفضل من الأطفال الأقل ذكاء، وتعتبر العوامل الاجتماعية من المــؤثرات التــي

تؤدي دوراً بارزاً في التأثير على مفهوم الذات كالمعـــايير الاجتماعيـــة، والـــدور الاجتمـــاعي، والتفاعل الاجتماعي، والمميزات الأسرية، والمقارنة الاجتماعية، ومن المؤثرات أيضا صـــورة الجسم كالحجم، والتناسق العضلي، وسرعة الحركة (الخطيب وزملاؤه، 2003). ويؤكد الظاهر (2004) أنَّ الوراثة، والبيئة الجغرافية، والمادية، والاجتماعية، والمقربين كالأب والأم، والمعلـــم والأقران، كلها مؤثرات في مفهوم الذات، كما أن النضج والتعلم والحاجات الأساســـية كـــالأمن، والحب، واحترام الذات، والاتجاهات، والأخلاقيات، من المؤثرات علـــى مفهـــوم الـــذات عنـــد الأفراد.

ويحدد أبو جادو (1998)، دور العوامل الوراثية، والبيئية في التأثير على مفهوم الـــذات، فالطفل يتأثر في نموه الاجتماعي بالأشخاص الذين يتعامل معهم، وبالمجتمع الذي يعـــيش فيـــه، وبالثقافة التي تسيطر على مدرسته وأسرته ووطنه، وتنعكس آثار هذا التعامـــل علـــى ســـلوكه وأنشطته العقلية، والانفعالية، وعلى شخصيته المتطورة، إذ يتصل الفرد خلال تطوره بجماعـــات مختلفة تؤثر في نموه وتوجهه السلوكي، كالرفاق والجيران، والأسرة، والمدرسة.

وترى عبد الله (1994)، أن العوامل المؤثرة في مفهوم الذات لدى الأفراد، تتمثـــل فـــي الخصائص الجسمية كصورة الجسم، ويختلف تأثيرها من مرحلة لأخرى، حيـــث يكـــون لـــدى الإنسان فكرة عن ذاته الجسمية، أو صورة ذهنية عن جسمه وشكله وهيئته، و تعتبـــر الخبـــرات الأسرية مركزاً مهماً في تشكيل مفهوم الذات، كما أن الخبرات المدرسية مـــن أهـــم المؤســـسات الاجتماعية تأثيراً على مفهوم الذات، إضافة إلى أن للعلاقات الاجتماعية، والتفاعل الاجتمـــاعي من دور في التأثير على مفهوم الذات لدى الأفراد.

وتتمثل العوامل المؤثرة في مفهوم الذات في مرحلة المراهقة بنوع المشكلات التي يعاني منها المراهق، بالرغم من تنوعها؛ تبعاً للبيئة الثقافية، والمستوى الاجتماعي والثقافي السائد فـــي أسرته، وتبرز أهمية المؤثرات الاجتماعية في مفهوم الذات عند المراهقين، بنمو صورة الـــذات من خلال التفاعل الاجتماعي، أثناء وضع الفرد في سلسلة من الأدوار الاجتماعيـــة، فـــالمراهق الذي ينشأ في وسط يحيطه التقبل والرعاية، ويقدره مدرســـوه لاهتماماتـــه ومهاراتـــه ونـــشاطه الدراسي، يكون له أثره الواضح في تكوين مفهوم إيجابي عن ذاتـــه وتقبلـــه لهـــا، وغالبـــاً مـــا يستخلص المراهق مثالياته من البيئة الاجتماعية، وما تحتويه من مؤسسات ودور عبـــادة تـــؤثر على تكوين الذات المثالية عند المراهق (دويدار،1999).

الخلفية النظرية للإرشاد المتركز على الانفعالات:

برزت فكرة العلاج المتركز على الانفعالات (EFT) (Emotionally Focused Therapy) منذ الثمانينات من القرن الماضي على يد سو جونسون وليز جرينبيرغ (Sue Johnson and Les Greenberg)، وأظهرت الدراسات فعالية هذا العلاج بنسبة (75-70%) بين الأزواج، ونسبة (90%) عند الأفراد (Johnson, 2004). وتنوعت المجالات والأماكن التي تطبق فيها هذه النظرية كمراكز التدريب الجامعي، وعيادات المستشفيات الصحية، وتطبق في جميع أنحاء العالم بالرغم من تنوع وتعدد الثقافات.

ويعتبر العلاج المتركز على الانفعالات نهجاً مختصراً لتعديل أنماط التفاعل، وتطوير العلاقات العاطفية، وتعزيز التعلق الآمن، ويهتم بمعرفة وفهم بعض المشاعر السلبية مثل الغضب، والخوف، التي يصعب التقليل من حدتها (Johnson, et al., 1999). وأشارت الأبحاث المنبثقة من علم الأعصاب الانفعالي (Affective Neuroscience)، إلى أهمية البرامج الوقائية والنمائية المركزة على الانفعالات، في تعديل الدائرة العصبية الكامنة وراء الجهاز الانفعالي في الدماغ، من خلال تعريض الفرد لمؤثرات انفعالية إيجابية جديدة (حنوش،2011).

ويعرف العلاج المتركز على الانفعالات (EFT)، بأنه علاج إنساني انبثق من نظرية الانفعال (Theory of emotion)، ونظرية التعلق (Attachment theory)، حيث تنظر هذه النظرية إلى الانفعالات باعتبارها مركزية لتجارب الذات، وتعتقد أن عملية تغيير الأفراد تحدث من خلال الوعي الذاتي (Self-awareness)، والتنظيم الذاتي (Self-regulation)، والتفكير بالعواطف، والتعاطف (Empathy)، وتهدف إلى خلق العلاقة الجديدة وتغيير المشاعر، وتحقيق تفاعل بين المشاعر الإيجابية والتعلق الإيجابي (Greenberg & Watson, 2005). كما عرفه جرينبيرغ وفويرشتاين (Greenberg & Feuerstein, 2007)، أنه أسلوب تجريبي يركز على الانفعالات، والعلاقة العلاجية، والمبادئ التوجيهية في تطوير النهج العاطفي، وهو أسلوب يمكن ممارسته في مجال النظريات المعاصرة في الإرشاد النفسي.

وتقوم فلسفة النظرية على عدة افتراضات تتمثل في اعتبارها أن الانفعالات مهمة لتنظيم تجارب الذات، وردود فعل الآخرين، كما تهتم بالتعلق، وببعض الإشارات العاطفية التي تشكل استجابات سلوكية عند الفرد، حيث تعتبر أن الأفراد الذين لا يملكون الأمن العاطفي، أو التعلق العاطفي الآمن يفشلون في مرونتهم السلوكية؛ فشعور الفرد بعدم الأمن الانفعالي يلعب دوراً في خلق تفاعلات سلبية عند الأفراد كاللجوء لبعض السلوكات الانطوائية (Johnson,1996). كما تفترض نظرية التعلق أن المشاكل السلوكية التي تحدث للفرد هي نتاج تهديدات في الماضي، أو

الحاضر بسبب التعلق غير الآمن، فالخوف والشعور بالفشل، والشعور بالذنب، هي نتاج التعلــق غير الآمن لدى الأفراد (Reid and Wooley, 2006) . وتفتــرض النظريــة أن الانفعــالات ذات أهمية في بناء الذات، وهي مفتاح أساسي لتنظيم الذات، حيث تؤكد أن الانفعالات هي شكل مــن أشكال التكيّف لمعالجة المعلومات عند الأفراد وتعزيز رفاهيتهم، و هي ظواهر مختلفــة تحــدث داخل الدماغ، ويعتبر الجهاز الطرفــي (The limbic system) مــسؤولاً عــن المــشاركة فــي الاستجابات الانفعالية الأساسية، ويتحكم في عدة وظائف فسيولوجية في الجــسم، ويــؤثر علــى الصحة الجسمية للفرد (Greenberg, 2010). والفرضــية الرئيــسة للإرشــاد المتركــز علــى الانفعالات هي العمل على بناء الذات، والتنظيم الذاتي، بما يحقق قدرة الفــرد علــى التعــاطف، وتحقيق رفاهية الأفراد (Greenberg & Feuerstein, 2007).

ويقوم العلاج المتركز على الانفعالات على مجموعة من الأسس والمبادئ، تتمثــل فــي اعتمادها على نظرية التعلق (Attachment theory) لصاحبها بــولبي (Bowlby)، والتــي تهــتم بالاستجابات الانفعالية بين الأفراد وتسعى إلى خلق التعلق الآمن، وبناء الألفــة، والمحبــة بــين الأفراد، وتسعى لإشباع حاجاتهم (Honarparvaran, et al., 2010). كما تهــتم ببنــاء العلاقــة العلاجية، وإيجاد الأنماط العلاقاتية بين الأشخاص من خلال الــدخول إلــى عــالم المــسترشد الداخلي، وفهم إطاره المرجعي، بالإضافة إلى التعاطف معه، ومن السمات المميزة لهذا العــلاج اعتبار التدخل العلاجي علامة إرشادية وتوجهات عملية، كما أن الأبحاث والدراسات أثبتت دور الانفعالات وفعاليتها في معالجة الصراعات وحلها وقد تم العمل على تدريب المعــالجين علــى المهارات العاطفية اللازمة لذلك (Greenberg, 2010). وتؤكد جونسون (Johnson,1996) علــى أهمية التجربة الذاتية للعواطف، كردود على الآخرين وتشكيل نمط تفاعلي مــن خــلال أنمــاط التعلق غير الآمن، وأظهرت النظرية دورها في الكشف عن الانفعالات الأولية (الأساسية) عنــد الأزواج، ودورها في تعزيز العلاقات العاطفية، والروابط الانفعالية، وتحسين بعــض التجــارب العاطفية السلبية كتجربة الحزن، وفقدان عزيز، والخوف، والغضب، والخجل. ومن نقاط القــوة البارزة لهذه النظرية استنادها على تصورات واضــحة وصــريحة لمعالجــة بعــض القــضايا الاجتماعية والنفسية، واعتمادها على خطوات تسهل عميلة العلاج، ومن الجدير ذكره أن التحقق من صحة النظرية تم قبل خمس وعشرين عاماً، من خلال إجراء عدة بحوث ودراسات تتعلــق بنجاحها، كما تم تطبيقها على عدد من السكان والمجتمعات، ودرست عدة مشاكل نفسية وأثبتــت فعاليتها.

وأبرزت نتائج الدراسات نجاح النظرية في علاج الاضـــطرابات النفـــسية والعاطفيـــة كعلاج القلق، والاكتئاب، وتجارب الإساءة للطفل، والحزن، والغضب، والخـــوف، والـــذكريات الانفعالية السيئة، والشعور بالعجز والدونية، والاحتقار الذاتي، والخجل، وانعدام الأمن النفـــسي، والشعور بالعار، والنقد الذاتي، وفقدان الشريك، ووفاة عزيز، والغـــضب، والـــشعور بـــالعجز، والحرمان العاطفي، واضطرابات الأكل المتمثلة بفقدان الشهية العـــصبي (Anorexia nervosa) الناتج عن اضطراب عاطفي يتمثل في ضعف القدرة على التنظيم الذاتي (Greenberg, 2010).

كما أظهر أدب البحث مساعدة العلاج المتركز على الانفعالات في علاج الاضـــطرابات والأمراض النفسية، كعلاج اضـــطراب مـــا بعـــد الـــصدمة (Post Traumatic Stress (PTSD) (Disorder، والأمراض المزمنة (Chronic-Diseases)، والاضطرابات جسدية الـــشكل (Figure (Physical Disorders، وتكون مدة العلاج قصيرة، حيث تمتد من ثمان جلـــسات إلـــى عـــشرين جلسة بشكل منتظم (Johnson, 2012).

ويهدف العلاج المتركز على الانفعالات إلى تغيير المؤثرات السلبية علـــى الشخـــصية، ومساعدة الأشخاص للوصول إلى المشاعر الأولية، وتنشيط الروابط العاطفية، وبناء التفـــاعلات الإيجابية، والتخلص من التفاعل السلبي بين الأفراد (Johnson & Greenberg, 1987). كما يهدف إلى مساعدة الأفراد في تحقيق الوعي بالذات، وزيادة قدرتهم على الاستبـــصار الـــذاتي، حيـــث يعانوا من صعوبة التعامل مع مشاعرهم في بعض الأحيان، بـــالرغم مـــن طبيعـــة العواطـــف الأساسية التي غالباً ما يساء فهمها؛ نظراً لوجود عدد من حالات سوء الفهم، أو الأفكار الـــسلبية عن المشاعر في وسائل الإعلام التقليدية، أو عند أفراد المجتمع بـــشكل عـــام، وتـــرتبط كلمـــة العاطفة (Emotional) بالحزن أو عدم الاستقرار العاطفي، التي ينظر إليها على أنها سيئة أو غير مرغوب فيها (Parker, 2011). ويهدف العلاج المتركز على الانفعالات كذلك إلى مساعدة الأفراد على فهم مشاعرهم، من خلال مبادئ التدخل العلاجي المتمثل فـــي التركيـــز علـــى مهـــاراتهم الانفعاليـــة وهـــي: الـــوعي الـــذاتي (Self-Awareness)، والتعبيـــر الانفعـــالي (Emotional (Expression، وتدريبهم على التفكير والتنظيم الذاتي (Emotion-Regulation) وعيش التجربـــة العاطفيـــة (Emotional Experience Of Living)، والتعـــاطف (Empathy)، وإدارة الانفعـــالات (Impulse Control)، وفهمها، وتمييزها وتحديدها (Greenberg, 2010). ويسعى العلاج الانفعالي إلى خلق معنى وأهمية للعلاقة العلاجية من خلال: تطوير الوعي العـــاطفي، والتنظـــيم الـــذاتي، والتأكيد عليها (Greenberg & Feuerstein, 2007) .

وتركز النظرية على العلاقات الشخصية التي تهتم بتوفير الفرصة للأفراد لكشف أنفسهم، ومساعدتهم في التعامل مع الآخرين، بالإضافة إلى دعمهم وتشجيعهم على التفكير الذاتي، كما تهتم بمساعدة الأفراد على التعبير عن أنفسهم، وفهم تجاربهم العاطفية الأولية والثانوية، وتركز على عواطفهم الداخلية (Stewart, 2005). ويؤكد جرينبيرغ (Greenberg ,2010) على أهمية العواطف في بناء الذات كمحدد رئيسي في تنظيم الذات، وتوضيح مبادئ العلاج الانفعالي كطريقة لمساعدة المرضى في التغلب على الخجل، وتحقيق الأمن الانفعالي، ويركز العلاج الانفعالي أيضاً على الخبرة، والتعبير الانفعالي، وعملية التعاطف للتعامل مع الانفعالات، والانفعالات غير المحلولة (Emotions and Unresolved)، أو التي أغلقت الطريق أمام التسامح (Greenberg, Warwar & Malcolm, 2010). وتهتم بمساعدة الناس على إدراك ومعرفة مشاعرهم، وتدريب الأفراد على التسامح مع الانفعالات وتنظيمها، ويجعلنا نفكر فيها وننظمها، ونفهم طبيعتها، ونحلها (Greenberg & Feuerstein, 2007).

كما تركز النظرية على تلبية حاجات الفرد، وتهتم بالخبرات الانفعالية، والتعاطف معها، وتطوير مهارات التواصل الانفعالي (Emotional-Communication)، ومهارة التوكيد الذاتي، والاستبصار الذاتي، وتستخدم عدة إجراءات كإعادة التأطير، وبناء خبرات انفعالية جديدة، وتركز على الثقة (Confidence)، والألفة (Affinity)، والأمن العاطفي (Emotional Security)، وتحقيق التعلق الآمن، وتهدف إلى تعزيز المهارات العاطفية عند الفرد، وتحسن مفهوم الذات لدى الأفراد (Johnson, 2004).

فالفكرة الأساسية من العلاج المتركز على الانفعالات هو قابلية الانفعالات للتكيّف، وتوجيه اتجاه النمو، ومن الممكن أن تصبح الانفعالات مشكلة بسبب الصدمات الماضية التي تعرضنا لها، أو بسبب تجاهلنا لها ورفضها؛ فالعاطفة مهمة بالنسبة لنا لتحديد ما هو مهم في هذه اللحظة، وتحديد حاجاتنا العاطفية (Greenberg & Feuerstein, 2007).

ويمر العلاج المتركز على الانفعالات بثلاثة مراحل رئيسة، تتمثل **المرحلة الأولى** في إنشاء تحالف عمل قوي في بداية العلاج من خلال تحديد وتسمية الدورة التفاعلية التي تحافظ على العلاقة، والوصول إلى المشاعر الدفينة للموقف، وتحديد احتياجات كل فرد، وبمجرد الوصول إلى المشاعر الدفينة يتم تصور المشكلة مما يساعد في التعبير العاطفي. أما **المرحلة الثانية** فتقوم على إعادة هيكلة التفاعل من خلال التركيز على تعزيز الهوية، وتسهيل قبول كل فرد للآخر، وتبني استجابات انفعالية للتعبير عن احتياجاتهم ومن ثم إعادة هيكلة التفاعل. وفي **المرحلة الأخيرة** يتم التوحيد والتكامل والتركيز على تسهيل ظهور حلول جديدة للقضايا

الإشكالية في العلاقة القديمة التي كانت سبباً في الدخول للعلاج، ودمج منظورات جديدة لكل شريك في تقرير المصير وتحسين العلاقة العاطفية (Greenberg, et al., 2010).

وتعتمد النظرية على تسع خطوات رئيسة يمكن أن يقوم بها المعالج خلال عشر إلى خمس عشرة جلسة علاجية، تقوم **الخطوة الأولى** بتحديد قضايا الصراع الأساسية بين الأفراد، حيث تركز على محتوى المشاكل الداخلية وردود الفعل العاطفية الدفاعية مثل: النقد، واللوم، والحرمان، وتحد **الخطوة الثانية** من ردود الفعل السلبية التي قد تظهر من الأفراد مثل: الانسحاب، أو الهجمات الدفاعية، وتكشف **الخطوة الثالثة** عن المشاعر غير المعترف بها التي تقوم عليها بعض المواقف، حيث يتحقق المعالج من هذه الانفعالات الأولية مثل: الخوف، والثقة، وبعض الانفعالات الثانوية، وتهتم **الخطوة الرابعة** بإعادة تأطير المشكلة من حيث المشاعر الكامنة، وحاجات الفرد، وبعض الانفعالات السلبية، وإعادة تغليف محتوى المشكلة، وإبراز المشاعر الأولية، وتعزز **الخطوة الخامسة** هوية الحاجات العلاقاتية، أما **الخطوة السادسة**: فتهتم بتعزيز الخبرات المشتركة وأنماط التفاعل الجديدة بين الأفراد، والتركيز على قبول واحترام وجهات نظر الآخرين، وتسهل **الخطوة السابعة** قدرة الأفراد على التعبير عن حاجاتهم الانفعالية، وعمل مشاركة حقيقة لخلق العلاقة العاطفية الجيدة، كما تسهل **الخطوة الثامنة** الحلول الجديدة للمشاكل وقضايا التفاعلات العلاقاتية بين الأشخاص، وتعمل **الخطوة التاسعة** والأخيرة على تعزيز الأنماط الجديدة التي قد تظهر عند الأفراد (Johnson & Greenberg, 1987) .

يتضح مما سبق أن الخطوات الأربع الأولى تهتم بتحديد وعرض المشكلة، أما الخطوات الأخرى فهي تهتم بتعزيز المهارات التي يكتسبها الفرد للتخلص من جذور المشكلة.

ومن الطرق العلاجية التي تتبعها هذه النظرية لعلاج الأفراد، طريقة التحول العاطفي (Emotional-Transformation) ويقصد بها التحول العاطفي من عاطفة سلبية إلى عاطفة إيجابية، ويستخدم هذا النوع من العلاج مع الحالات غير القادرة على التأقلم والتكيّف مع المشاعر، مثل مشاعر الخجل، والخوف، والحزن، فيتم تدريب هذه الحالات على طرق التحول العاطفي، وقد رأى داروين (Darwin) أن المشاعر لا يتم كبحها، أو إزالتها إلا بعاطفة أقوى منها، ومن الطرق العلاجية المستخدمة في هذه النظرية أيضاً عيش التجربة العاطفية، واكتساب بعض التجارب الجديدة لتغيير الشعور القديم (Greenberg, 2010).

مهام الإرشاد المتركز على الانفعالات

يهتم الإرشاد المتركز على الانفعالات (EFT) بتحقيق ثلاث مهام أساسية في عملية العلاج تتمثل **المهمة الأولى** في: إنشاء تحالف علاجي، والحفاظ عليه كما تهتم بتكوين عملية

التحالف العلاجي، وتنظيم التفاعل العلاقاتي أو العلائقي بين الأفراد، ويـتم توضـيح الخطـوط العريضة لمواقف معينه، وتحديد نمط العلاقة، وتحديد الأهداف التي يسعى إلى تحقيقهـا خـلال عملية العلاج(Johnson,1996). وتبرز **المهمة الثانية** في الوصول إلى العاطفـة مـن خـلال استكشاف الخبرات، ومعالجتها، وإعادة تنظيمها وتحديـد ردود الفعـل الثانويـة الناتجـة عـن الانفعالات، من خلال التدريب على التعبير العاطفي، وتحديد التجارب العاطفيـة، والانفعـالات الأساسية الناتجة عن بعض المواقف العاطفية، واكتشاف الانفعالات الجديدة منها، وتتمثل **المهمة الأخيرة** في إعادة هيكلة التفاعلات بما يسهل عملية إعادة البناء العاطفي، ويحدث تفاعلاً إيجابيـاً من خلال تحديد طرق التفاعل الإيجابي (Johnson,1996).

ويقوم المعالج في الإرشاد المتركز على الانفعـالات بتـسوية واستكـشاف المـشاعر العلائقية، ومعرفة التجارب العاطفية، وتحقيق الترابط العاطفي، وإيجاد علاقات إيجابية داخليـه، وتعتمد ممارسة العلاج المتركز على الانفعالات (EFT) على مبدأ التناغم العـاطفي (Emotional harmony)، وتكوين علاقة تحالفية، من خلال التركيز على هنا والآن (Here and Now)، ويركز المعالج على العالم الداخلي للمسترشد، ويهتم بتنظـيم عمليـة التعـاطف، والـوعي العـاطفي (Lander,2009). وتتطور الاتصالات العاطفية من مرحلة التعلق العاطفي إلـى مرحلـة الأمـن العاطفي، والثقة العاطفية التي تلعب دوراً في تطوير مفهوم الـذات (Self-concept)، وصـورة الذات (Self-image) خلال مرحلة الطفولة، كما تؤثر على نوعية العلاقات عند البـالغين فمـثلاً تلقي الطفل للحب، والثقة، والقبول، والتعلق الآمن، يجعله قادراً على بناء العلاقـات الإيجابيـة والتفاعلات العاطفية بشكل جيد (Naaman, et al., 2005) .

مهارات الإرشاد المتركز على الانفعالات

إن الإرشاد المتركز على الانفعالات يمكن أن يطبق في عدة مجالات، ويمكن الإفادة من مهارات وأبعاد الذكاء العاطفي التي تعتبر ذات صلة قوية في الإرشاد المتركز على الانفعـالات (EFT). ويعد الباحثان ماير وسالوفي (Mayer & Salovey, 1990) أول من اسـتخدما مـصطلح الذكاء الانفعالي في بداية التسعينات من القرن الماضي، واعتبرا أن الذكاء الانفعالي نوعـاً مـن أنواع الذكاء الاجتماعي الذي يتضمن عدة مهارات أساسية تتمثـل فـي القـدرة علـى مراقبـة الانفعالات والمشاعر الخاصة بالفرد والآخرين، والتمييز بين المـشاعر والانفعـالات المختلفـة، وركزا على ضرورة قياس قدرة الأفراد الانفعالية، فالأفراد الـذين يمتلكـون مهـارات الـذكاء العاطفي ومكوناته الأساسية هم أكثر تعبيراً عن انفعالاتهم، وأكثر إدراكـاً لانفعـالاتهم، ووعيـاً بانفعالات الآخرين (Johnson, 2008). ويعرف جولمـان (Goleman) الـذكاء العـاطفي بأنــه

مجموعة من المهارات العاطفية التي يمتلكها الفرد, وتحقق له نجاحاً في تفاعلاته المهنية، وفـي مواقف الحياة المختلفة (Goleman,1995, P:271). ويرى بار - أون (Bar-on) الذكاء العـاطفي بأنه تنظيم مكون من المهارات والكفاءات الشخصية، والعاطفية، والاجتماعية المؤثرة في قـدرة الفرد على التعامل بنجاح مع متطلبات الحياة والضغوط (Bar-on,1997, P:14).

وتقسم مكونات الذكاء العاطفي إلى قسمين: قسم يتعلق بعالمنا الـداخلي، ويتكـون مـن الوعي الذاتي، وضبط النفس، والتعاطف، والتحفيز الذاتي، والتمكن من تحقيق الأهداف والرؤيا، أما القسم الثاني فيتكون من علاقتنا بالعالم الخارجي، ويتمثل في المهارات الاجتماعية، والتـأثير الشخصي على الآخرين، ولابد من التأكيد هنا على ارتباط كل منهما بالآخر (Lynn, 2005).

ويذكر خوالدة (2004) أن الذكاء العاطفي يتكون من خمسة أبعاد رئيسية هي:

أولاً: الوعي بالذات وهو أساس الثقة بالنفس, فالفرد بحاجة إلى أن يعرف أوجه القوة والـضعف لديه ويتخذ من هذه المعرفة أساساً لقراراته.

ثانياً: معالجة الجوانب الانفعالية وهو أن يعرف الفرد كيف يتعامل ويعالج المشاعر السلبية التي قد تؤثر بشكل سلبي على حياته العامة أو النفسية.

ثالثاً: التعاطف أو التفهم ويعني القدرة على قراءة مشاعر الآخرين سـواء مـن تعبيـراتهم أو أصواتهم أو تلميحات وجوههم.

رابعاً: الدافعية فالطموح والتقدم والسعي ووجود الأمل كلها تعتبر مكونات أساسية في الدافعيـة كبعد من أبعاد الذكاء العاطفي, فالفرد الذي يكون لديه هدف واضح ومحدد يكون لديه الحمـاس والمثابرة والأمل في تحقيق هدفه.

خامساً: المهارات الاجتماعية وتعني مقدرة ومهارة الفرد على تهدئة نفسه والتغلب على حالتـه المزاجية السيئة, والقدرة على التزامن في المزاج مع الآخرين وحـدوث تفاعـل بـين الفـرد والآخرين الذي يعكس عمق الاندماج والارتباط بين الأفراد.

ويمكن القول أن مهارات الإرشاد المتركز على الانفعـالات (EFT) مماثلـة لمهـارات الذكاء العاطفي الأساسية التي اقترحها جولمان (Goleman) في نموذجه حول الـذكاء العـاطفي، حيث أشار إلى أنه يتكون من أربعة عناصر أساسية تتمثل في:

أولاً: الوعي بالذات (Self-awareness) ويشمل الوعي العاطفي بالذات، ودقة التنظيم العـــاطفي، والثقة بالنفس.

ثانياً: الوعي بالآخرين (Awareness with others) ويشمل التعاطف، والوعي التنظيمي، وخدمات التوجيه الأخرى.

ثالثاً: الإدارة الذاتية (Self-management) وتشمل القدرة على ضبط النفس، والثقــة، والتكيّــف، والمبادرة، والمثابرة.

رابعاً:المهارات الاجتماعية (Social -Skills) وتشمل القيادة، والتأثير بـــالآخرين، والاتـــصال، وإدارة الصراع، وبناء العلاقات، والعمل الجماعي (Carr, 2004).

كما ظهرت بعض النماذج الأخرى التي تناولت مهارات الذكاء الانفعالي مثـــل نمـــوذج مايـر (Mayer) وسالوفي (Salovey) وكاروسو (Caruso) الذي سمي بنموذج القـــدرة - Ability) (Model والمتمثل في القدرة العاطفية، ويشير إلى القـــدرات المـــستخدمة لمعالجـــة المعلومـــات العاطفية للشخص نفسه، ومعالجة عواطف الآخرين، حيث تضمن النموذج أربعة أبعاد أساســـية للذكاء العاطفي هي التصور العاطفي (Emotional Perception) وهو القدرة على معرفـــة وفـــك الرسائل العاطفية المرسلة من خلال تعابير الوجه، ونبـــرة الـــصوت، و القـــدرة علـــى إدراك العواطف، فالأشخاص القادرون على فهم تعابير الوجه الانفعالية هم أكثر قدرة على فهـــم وإدارة المواقف الانفعالية وتجنب الصراعات، وإدراك المشاعر والانفعالات، ويتمثل التكامل العـــاطفي (Emotional-Integration) في القدرة على الوصول إلى المشاعر وتوليدها، مما يتيح للمـــشاعر الدخول إلى النظام المعرفي وتجديد الأفكار العاطفية عند الفرد مثل تعبيره بعبارة "أنـــا ســـعيد"، ويساعدنا التكامل العاطفي على التفكير بطريقة ينسجم فيها تفكيرنا مع مزاجنا، فالأشخاص الذين يمتلكون مهارة التكامل العاطفي هم أكثر تفاؤلاً في حالة سعادتهم، ويكونون أكثر تـــشاؤماً فـــي حالة الحزن، أو الغضب، ويطلق على التفاهم العاطفي (Emotional Understanding) بأنه القدرة على فهم الآثار المترتبة على العواطف، فهي تبين كيف يمكن للمرء أن يفهم عاطفته وعواطـــف الآخرين، ويؤمن يتغير الانفعالات مع مرور الوقت مثل تعبير الشخص عن النـــدم بعـــد ثـــورة الغضب، ويتضمن الجانب الأخير من مهارات الذكاء العاطفي بحسب هـــذا النمـــوذج بـــالإدارة العاطفية (Emotional-Management) وهي القدرة على تنظيم العواطف، والسيطرة على الطريقة التي يتم فيها التعبير عن الانفعالات (Carr, 2004).

أما نموذج بار أون (Bar-On) في الذكاء الاجتماعي والعاطفي، فيتكون من خمس عشرة مهارة موزعة على عدة مجالات كمكونات أساسية للذكاء العاطفي هي:

المجال الأول: ويتعلق بداخل الشخص نفسه (Intrapersonal-Components) ويشمل الوعي بالذات وهي القدرة على معرفة الشخص لمشاعره وانفعالاته، وتأكيد الذات وهي قدرة الفرد على التعبير عن أفكاره ومشاعره، والاستقلال الذاتي وهي القدرة على التوجيه والسيطرة على العواطف، واتخاذ القرارات العاطفية وحده، والاعتبار الذاتي (Self-Regard) وهي القدرة على تحقيق احترام الفرد لذاته، وتحقيق الذات (Self- actualization) وهي القدرة على تحقيق الأهداف والرغبات.

المجال الثاني: ويتعلق بالعلاقات بين بالأشخاص ويشمل: التعاطف وهي القدرة على معرفة مشاعر الآخرين والوعي بها، والمسؤولية الاجتماعية وهي القدرة على بناء المجموعات الاجتماعية، وإدارة العلاقات بين الأشخاص وهي القدرة على الحفاظ على العلاقات بين الأشخاص، وتحقيق التقارب والألفة بينهم، وحل المشكلات، واختبار الواقع، والمرونة.

المجال الثالث ويتعلق في القدرة على التكيّف (Adaptability-Components) وحل المشكلة، ويتمثل بالقدرة على تحديد الحلول، وتوليد البدائل، والمرونة في الأفكار والمشاعر والسلوك لتتناسب مع الأوضاع المتغيرة، كما يتمثل بالقدرة على السيطرة على العواطف، واختبار الواقع (Reality Testing).

المجال الأخير: ويتعلق بالمزاج العام (General-Mood) ويشمل السعادة وهي القدرة على التمتع بالذات والآخرين، والقدرة على التعبير عن المشاعر الإيجابية، والرضا عن الحياة، والتفاؤل وهو القدرة على النظر إلى الجانب المشرق من الحياة حتى عند الشدائد. وقد أظهرت الدراسات والأبحاث فعالية هذا النموذج لمختلف الأعمار والأجناس والأماكن، بزيادة مهارات الذكاء العاطفي الأساسية حسب هذا النموذج (Carr, 2004) .

ويشار إلى إمكانية تطبيق مهارات الذكاء العاطفي في كل مكان، وفي جميع ميادين و مجالات الحياة، فيمكن أن يطبقه المعلمون، والمدراء، وفي مجال علاج الاضطرابات والأمراض النفسية، وفي العيادات النفسية (Anthony, 2003). وفيما يلي عرضاً موضحاً ومفصلاً للمهارات الانفعالية وطرق تحسينها، وتتمثل هذه المهارات بالوعي بالذات (Self-awareness)، والوعي بالآخرين (Awareness with others)، وإدارة الانفعالات وضبطها (Management of emotions) والدافعية الذاتية (Self-motivation)، والمهارات الاجتماعية (Social-skills) وتشمل التعاطف (Empathy)، المرونة الاجتماعية (Eocial-Flexibility)، التفاؤل (Optimism)، الاستماع

(listening)، والتعبيـــر عـــن الانفعـــالات (Expression of Emotions)، والإتـــزان الانفعـــالي (Emotional Balance)، والنضج الانفعالي (Emotional Maturity) :

أولاً: الوعي بالذات

يعتبر الوعي الذاتي لبنة أساسية من لبنات الذكاء العاطفي، تتمثـل فـي قـدرتنا علـى الاعتراف بعواطفنا وآثارها علينا، ويركز الوعي العاطفي على الحاضر (الآن)، وليس الماضي فالحاضر هو مفتاح الوعي الذاتي، ونقطة الانطلاق، ومهارة أساسية لتحديد حاجاتنـا ومعرفـة وكشف مشاعرنا فقد نشعر بالحزن، أو السعادة، والابتهاج أو مزيج من هذه الانفعـالات، كمـا يشتمل الوعي الـذاتي علـى الـوعي العـاطفي، والتقيـيم الـذاتي الـدقيق، والثقـة بـالنفس (Mersino,2007). ويهتم الوعي الذاتي باتصال الفرد مع مشاعره، وهناك مقياس يقيس درجـة وعي الفرد بمشاعره، ويعتبر الوعي الذاتي مفتاح التصرف في ضوء الذكاء العـاطفي، ويعتمـد الوعي الذاتي اعتماداً كبيراً على تحقيق الذات (Self-Realization) ودرجـة الأمـن الانفعـالي للذات، ويساعد الفرد على أن يكون قادراً على إدارة نفسه بشكل أكثر فعاليه، ويجعله قادراً على السيطرة على مشاعره وضبطها (Sparrow and Knight, 2006) .

ويعرف الوعي الذاتي بقدرة الفرد على تسمية وتحديد مشاعره، وانفعالاته؛ لأن الـوعي بالانفعال يساعد في خفض حدة ودرجة الاستثارة، حيث يستطيع الفرد أن يرمز إلـى عواطفـه ضمن كلمات أساسية معبرة، وينطوي الوعي العـاطفي علـى الحـس والـشعور العـاطفي (Greenberg, 2010).

ويقسم الوعي بالذات إلى نوعين يتصرف الفرد مع عواطفه بذكاء وفطنة معهما، ويسمى النوع الأول بالوعي بالذات، وهي تمثل اتصال الفرد وانفتاحه على المعلومات غيـر المعرفيـة التي يمتلكها عن نفسه، أما النوع الثاني فيسمى بالوعي بالآخرين، ويتمثل بطريقة فهم الآخـرين، وما يمكن معرفته عنهم (Sparrow and Knight, 2006) . ويعرف الوعي الذاتي بأنه الدرجة التي يستطيع فيها الفرد الاتصال مع جسمه ومشاعره وحدسـه (Neale, Spencer-Arnell & Wilson, 2009). وعرفه كاروسو وسالوفي (Caruso & Salovey,2004) بأنه القدرة على تحديد المشاعر ووصفها، وتحديد التحولات العاطفية بدقة، وهو يمثل لبنة أساسية من لبنات الـذكاء العـاطفي، وعنصراً حاسماً في بناء ونمو الشخصية الإنسانية.

وترجع أهمية الوعي الذاتي إلى ضعفنا في الاتصال مع مشاعرنا، وضعف قدرتنا فـي التعبير عن مشاعرنا في الوقت الحاضر، ومن أجل تدريبنا على مراقبة مشاعرنا، ومعرفة طرق تفسيرها، ويحتاج الوعي بالذات إلى بناء الثقة بالنفس والتقييم الذاتي الجيد. وقد يكـون الـوعي

الذاتي بمثابة تحدٍ عند بعض الأفراد، وذلك بسبب تقلب العواطف، وتطورها وقصر مدتها الزمنية أحيانا، لأن امتزاج العواطف وحدوثها في وقت واحد يحد من قدرة الفرد على التعبير الانفعالي، فقد يكون الفرد متحمسا للسعادة ولكنه خائفا في نفس الوقت، وتقف الجروح العاطفية القديمة حاجزاً يمنع الفرد من اكتشافه لذاته وتحديد مشاعره (Mersino, 2007).

ويتطور الوعي بالذات من خلال بعض التمارين التي تساعد الفرد على الوعي الجسدي، بحيث يتمكن الفرد من فهم لغة الجسد، وأنماط المشاعر التي يتصرف بها، (Sparrow & Knight,2006) ويمكن تطوير الوعي الذاتي من خلال زيادة معرفتنا بعواطفنا، ومعرفتنا عن أنفسنا وأثر ذلك في سلوكنا، ويتطور كذلك من خلال تفعيل الدماغ العاطفي الذي يرسل المشاعر والأحاسيس إلى جميع أنحاء الجسم، ولا يمكن لحدسنا الاتصال عن طريق الكلمات؛ لأنه يزيد من حدة التوترات، والصداع، وفقدان الشهية، ويسبب الأرق (Neale, et al., 2009). ويعتبر الوعي الذاتي سابقاً ومقدماً على الإدارة الذاتية، وضبط النفس فالوعي بالذات يساعدنا على الإدارة الذاتية للعواطف، ويمكننا من التمييز بين المشاعر الإيجابية والسلبية (Mersino, 2007)

وهناك بعض التقنيات التي تساعدنا على زيادة الوعي بأنفسنا تتمثل في: كتابة مشاعرنا على دفتر ملاحظات خاص بشكل يومي، بحيث نتمكن من معرفة مشاعرنا التي نعيشها يوميا، والتعبير عنها والاتصال بها، كما يمكننا أن نضع قائمة نورد فيها المشاعر الإيجابية والسلبية ونميز بينهما، ونضع قائمة تتمثل في المشاعر المتعلقة بالعلاقات بين الأفراد أو المشاعر غير المنتهية (المشاعر المعلقة)، ومن الطرق الأخرى التي تساعدنا على الوعي بالذات استخدام المرآة التي تعكس حالة الفرد الوجدانية، وتساعدنا على الوعي بمشاعرنا، والحديث الذاتي بصوت مسموع، والتفكير بصوت مسموع، والتراجع (أي مراجعه الذات) بحيث نقوم باسترجاع خطواتنا لمعرفة لماذا نشعر بهذه الطريقة؟ أو لماذا شعرنا بالمشاعر السلبية؟ مثل الحزن، والغضب، والخوف، أو شعورنا بعدم الارتياح، أو لماذا شعرت ببعض المشاعر الإيجابية؟ فيقوم الفرد بالوقوف على الأسباب الكامنة التي دعته إلى الإحساس بهذا الشعور أو ذاك، وتعتبر مهارة التأمل، والاسترخاء، وتمارين التنفس واليوغا من المهارات التي تساعد على معرفة الذات، وتزيد من الوعي بها (Mersino, 2007).

ومن الطرق الأخرى لزيادة وعي الفرد بذاته، التركيز على الأفكار، وإغماض العينين مع مراقبة مختلف التغيرات التي تحدث للجسم، ثم يطلب المعالج أن تسأل نفسك ماذا يعني لك هذا الشعور الجسدي؟ ولماذا تشعر بهذه الطريقة؟ ويطلب منك أن تصف المشاعر التي واجهتك بدقة والتحدث عنها بصورة منتظمة، كما يتطلب الوعي بالذات أن نتعلم أنماط مشاعرنا من

خلال: الاتصال مع المشاعر، وعكسها، ومعرفة تفاصيلها، وتحديد آلية الاتصال مع بعض المشاعر الأخرى، وسرد المشاعر التي تواجه الفرد أثناء إجراء هذه التمارين (Caruso & Salovey, 2004). ولتحسين مهارة الوعي الذاتي عليك أن تطلب التغذية الراجعة (Feedback) من الأقران أو الأشخاص المهمين في حياتك، وأن تسجل نقاط قوتك وضعفك، وفي حالة التعامل مع مشكلة عليك أن تستفيد من نقاط قوتك لحل المشكلة أو نقاط ضعفك لتلافيها، ومراقبة ردود الأفعال الخاصة بك، وعليك أن تطرح سؤالاً دائماً بماذا أشعر؟ وأن تسمي وتحدد و تناقش الانفعالات التي تشعر بها وتفسرها، والاستماع إلى نبرة الصوت في حالة السعادة، أو الخوف، أو الغضب (Lynn, 2005) .

ثانياً: الوعي بالآخرين

يحدث الوعي بالآخرين من خلال الاتصال بمشاعرهم والوعي بها وفهمها، وينبع هذا الشعور من احترام الآخرين وقبولهم، وإعطائهم قيمة، وإقامة علاقات إيجابية معهم، ومعرفة تفاصيل مهمة عن حياتهم (Sparrow & Knight, 2006).

ويتطور الوعي بالآخرين من خلال التعاطف، وهو شكل أساسي من أشكال الوعي بالآخرين، وكلمة التعاطف (Empathy) مشتقة من الكلمة اليونانية وتعني حرفياً " شعور من الداخل"، وهي عمليه يتم من خلالها التعرف على مشاعر الآخرين، ومشاركتهم انفعالاتهم، كمخاوفهم وأحزانهم، ومشاعرهم الإيجابية والسلبية منها، وقد يمارس الفرد التعاطف دون وعي منه لهذه المهارة، ولكن هناك مهارات تساعد الفرد على أن يكون متعاطفاً مع الآخرين، تتمثل بتحديد مشاعر الآخرين والوعي بها، والاستفسار والتحري عن هذه المشاعر، والأخذ بتفاصيلها، والتركيز على الاستماع والتسامح مع الآخرين، كما يجب على المتعاطِف أن يهتم بلغة الجسد للشخص المتعاطف معه، وعلى المتعاطِف أن يبني علاقة مع المتعاطف معه، وأن يشعره بالود له والقرب منه، وأن يساعده في التعبير عن مشاعره وأفكاره، وأن يولي الآخرين اهتماماً وأن يتعامل بوعي معهم (Sparrow & Knight, 2006) .

ويعتبر الاستماع الفعال (الحقيقي) (Active listening) وتقبل وجهات النظر من متطلبات الوعي بالآخرين حيث يساعدنا على فهمهم، كما أن الاتصال البصري أقوى وأفضل من الاستماع بالأذنين، ومن مظاهر نجاح الوعي بالآخرين الجمع بين مهارتي التعاطف، والاستماع الفعال الذي يتمثل في عدة مهارات كمهارة عكس الشعور، والعكس الحرفي (عكس المحتوى)، وإعادة الصياغة (Reformulation) والتحدث الفعال المتمثل في طرح الأسئلة والتركيز عليها، والتلخيص (Summary) ومصداقية الاستماع من خلال الاستماع إلى أدق التفاصيل، والقبول،

والاحترام، والاستماع العاطفي لفهم الإطار المرجعي للمستمع إليـه، ومعرفـة خبـرات الفـرد الداخلية، وهناك بعض المتطلبات للاستماع العاطفي تتمثـل فـي الاهتمـام (Interest) والقبـول (Acceptance) وتفريغ النفس للاستماع إلى الآخرين، وعدم إصدار أحكام عليهم، والحفاظ علـى مشاعر المستمع (Sparrow & Knight, 2006).

ثالثاً: إدارة الانفعالات

تعتبر إدارة الانفعالات حجر الزاوية في الذكاء الانفعالي، وهذا يعني القدرة علـى دمـج العواطف الخاصة بالفرد مع قراراته الداخلية بطريقة تعزز حياه الفرد الشخـصية؛ فالأشـخاص القادرون على إدارة عواطفهم يتمتعون بقدرة على التعاطف مع الآخرين، وضبط الـنفس (Self-control)، والتفكير بوضوح ودقة في المشاعر (Caruso & Salovey, 2004). وتنطلـق عمليـة إدارة الذات (Self - management) وضبط الانفعالات بدعم من وعينا بأنفسنا، ووعينا بالآخرين، وتتمثل إدارة الذات في عدة عناصر هي: المرونـة العاطفيـة (Emotional flexibility) وهـي طريقة التراجع عن المشاعر عندما لا تسير الأمور كما تريدها، والقدرة علـى مواجهـة خيبـة الأمل، والرفض، والتأكيد على عبارة "أنا موافق أنت موافق" (I'm OK You're OK) ، وتـرتبط المرونة العاطفية بعدة جوانب من جوانب الذكاء العاطفي كتحقيـق الـذات، وقـوة الشخـصية، والتأمل (Meditation) والانفتاح الشخصي (Openness-Profile) ودعم الآخرين نحـو الهـدف . (Sparrow & Knight, 2006)

وتعرف الإدارة الذاتية بقدرة الفرد على التحكم بمشاعره، بحيث يسيطر عليهـا ويعيهـا، من خلال تقنيات تنظيم العواطف، ومنع الإثارة العاطفية (Emotional-Arousal) ومن المهـارات التي تتطلبها عملية الإدارة الذاتية للعواطف، مهارة ضبط النفس (Self-Control) وهـي القـدرة على السيطرة على الذات بغض النظر عن الحالة العاطفية، بمعنى أن لا يفرض الفرد الابتـسامة على نفسه مع شعوره بالغضب، أو الحزن، بل هو القدرة على التحكم بردود أفعاله تجاه مشاعر معينة (Mersino, 2007).

وتتمثل إدارة الانفعالات بقدرة الفرد على السيطرة على مشاعره وضـبطها، ويتـصف الأفراد القادرون على ضبط انفعالاتهم وإدارتها بالقدرة على تحديد عواطفهم وفهمها، كما أنهـم قادرون على صناعة القرار واتخاذه، ولديهم قدرة على ضبط النفس، ويحافظون علـى حـالتهم المزاجية، ويشجعون الآخرين على الضبط الذاتي، ولديهم قدرة علـى التـأثير علـى مـشاعر الآخرين، ويمتلكون مهارات عاطفية جيدة. وتعرف أيضاً بأنها القدرة علـى إدارة العواطـف

ودمجها في القرارات الشخصية، بما ينعكس على التصرفات السلوكية، وتحقيق نموذجاً متطوراً في نوعية الحياة لدى الفرد (Caruso & Salovey, 2004) .

وتشمل عملية ضبط النفس جميع الانفعالات، بمعنى أنها لا تختص بالمشاعر السلبية فقط، بل يرافق معناها المشاعر الإيجابية أيضاً، **ومن الفوائد التي يحققها** ضبط النفس لدى الأفراد، المساعدة على تجنب الشلل العاطفي (Emotional-Breakdowns) أو الانهيار العاطفي، والاستجابة اللاإرادية لبعض الحالات العاطفية مثل: حالات الغضب التي ينتج عنها بعض الشتائم (Angry-Tirades) أو إغلاق الباب ومغادرة المكان، أو ترك رسالة الكترونية تعبر عن أقسى مشاعر الغضب، أو الحقد والضغينة، أو الانسحاب، أو الانتقاد الجارح، أو السخرية والدعابة والاستهزاء، أو الاعتداء باللعب على الآخرين، ومن طرق حماية أنفسنا من الانهيار العاطفي معرفتنا المسببات النفسية التي تسبق حالتنا النفسية (Mersino, 2007).

ومن الاقتراحات التي تساعدنا على ضبط النفس، تحديد مدى قدرتنا على التعبير عن مشاعرنا، وطريقة التعبير عنها، وسؤال صديق نثق به عن مدى قدرتنا على السيطرة على انفعالاتنا، وتحديد مقدار تعبيرنا عن انفعالاتنا الإيجابية أو السلبية ومستوى ذلك التعبير، واستبدال عبارة "أشعر بـ I Feel " بدلاً من عبارة "أعتقد أنَّ I think " وممارسة استراتجيات التنفس (Breathing)، والاسترخاء (Relaxation) وتحديد كم مرة فقدنا فيها القدرة في السيطرة على مشاعرنا (Lynn, 2005) .

وقد أورد مرسونيوا (Mersino, 2007) بعض التقنيات التي تساعدنا على إدارة وضبط الانفعالات تتمثل في التعرف على الشعور، حيث أن إدارة الذات تبدأ من الوعي العاطفي، وتحديد الانفعالات وسببها، والوعي بها وفهمها، فنعرف لماذا نحن غاضبون أو خائفون، ومصدر وسبب هذا الخوف أو الغضب. والخطوة الأخيرة تتمثل في اتخاذ إجراءات واضحة حيال الموقف الانفعالي، وذلك بعد تحديد العواطف ومعرفة سببها ومصدرها، حيث يمكننا التفكير في طرق جديدة للتصرف في السلوك (Sparrow & Knight, 2006).

رابعاً: الدافعية الذاتية

تستخدم لوصف القوى الداخلية والخارجية التي تؤثر على العضوية للمبادأة بسلوك أو توجيهه، وتفسر الدافعية الفروق في شدة السلوك التي تعكس مستوى الدافعية، وتظهر قدرة الفرد على الإصرار أو المثابرة على السلوك، ويؤدي وجودها إلى تحفيز الفرد لتحقيق أهدافه. كما أن عدم وجودها يؤدي إلى زوال السلوك الإيجابي لدى الفرد، ولا تقاس الدافعية الذاتية بشكل

مباشر، وإنما يستدل على وجودها عن طريق ملاحظة التغيرات بين حالات المثير والاستجابة، بمعنى أن القياس يتم للسلوك الناجم عن تغيرات المثير (جروان، 2012).

ويعرف جولمان (Goleman,1995) الدافعية الذاتية بأنها القدرة على توليد مشاعر الحماس، والثقة، والمثابرة، والتفاؤل، والأمل، ويؤكد على أن الحافز الإيجابي هو عامل أساسي للانجاز، فالأشخاص البارعون في استغلال عواطفهم يمكنهم الإفادة من قلقهم لتحقيق أهدافهم.

ويرى خوالدة (2004) أنَّ الدافعية الذاتية أو التحفيز الذاتي توجه العواطف لخدمة هدف ما, فهذا أمر مهم لدفع النفس للتفوق والإبداع, فالتحكم في الانفعالات وتأجيل الإشباع أساس مهم لكل إنجاز, فالأشخاص المتمتعون بهذه المهارة لديهم فاعلية في كل ما يناط بهم من أعمال. ويمكن استخدام مصطلح الدافعية بطرق مختلفة، بيد أنه يشير في جوهره إلى أي نوع أو محرك يحرك الفرد للقيام بعمل ما، أو انجاز ميول معينه وتشير هذه المصطلحات إلى طاقة وقوة كامنة وراء هذا الانجاز (Baumeister & Vohs, 2007).

خامساً: المهارات الاجتماعية (التعاطف، الاستماع، المرونة الاجتماعية، التفاؤل).

تمثل المهارات الاجتماعية علاقتنا بالآخرين حيث لا نستطيع العيش بمعزل عن الآخرين، وامتلاكنا للمهارات الاجتماعية يساعدنا على الاتصال الفعال مع الآخرين، كما يعمل على تقوية الروابط الاجتماعية، وامتلاك مهارات حل النزاع، والثقة الاجتماعية (Lynn, 2005) .

ويرى ميرسونوا (Mersino, 2007) أن تقنيات تحسين الوعي الاجتماعي والمهارات الاجتماعية تتضمن تحسين مهارات الاستماع العاطفي، بحيث نعطي الآخرين فرصة كافية للتحدث عن مشاعرهم، والحفاظ على الاتصال بالعين، ومتابعة العواطف، واستخدام المرآة للتعبير عن العواطف، والذهاب إلى المدرسة، حيث تعتبر المدرسة مكاناً ومصدراً لتعليم الفرد المهارات الاجتماعية الأساسية له في الحياة، وبناء العلاقات والتعرف على الآخرين.

وتعرف المهارات الاجتماعية (Social-Skills) بأنها القدرة على فهم مشاعر الآخرين، وقراءة أوضاع الناس بدقة، وهي جزء من إرادة الفرد الشخصية التي توفر له مصدراً للمعلومات حول البيئة، فهي من مهارات الذكاء العاطفي ولبناته الأساسية، وتتمثل هذه المهارات بالتعاطف، والوعي التنظيمي، ورؤية الآخرين بشكل واضح، كما يعتبر الوعي الاجتماعي أداة رئيسة للتواصل مع الآخرين وفهمهم، وفهم مشاعرهم، ومن أهم متطلبات الوعي الاجتماعي القدرة على فهم الاتصال اللفظي (Verbal-Communication) وغير اللفظي (Non Verbal - Communication) من الآخرين، والإحاطة بالدوافع التي تخص الأفراد بحيث نتمكن من تحديد أهدافهم ومعرفتها بدقة (Mersino, 2007).

وتتمثل الاقتراحات التي تحسن المهارات الاجتماعية في معرفة قدرات الناس وحاجاتهم، والاتصال بالآخرين وإقامة علاقة معهم، والاتصال المنظم مع الآخرين، وتقديم المساعدة لشخص غير متوقع منه ذلك، والاستماع لمشاكل وهموم الآخرين وعلاقاتهم، وتقديم الابتسامة التي تجذب الآخرين إليه، ودعوة الآخرين بأحب الأسماء إليهم، والانخراط في الجماعات المهنية (Lynn, 2005). وتتحدد المهارات التي تساعد الفرد على الوعي بالآخرين في مهارات التعاطف، والاستماع، ومهارات طرح الأسئلة (Neale, et al., 2009) .

يتضح مما سبق أهمية المهارات الاجتماعية في تكوين العلاقات الاجتماعية بين الأفراد، والحفاظ على التوازن الاجتماعي، والقدرة على فهم الآخرين، وتحديد مشاعرهم، والوعي بحاجاتهم وفهمها بشكل جيد؛ نظراً لكون الإنسان اجتماعياً بطبيعته، ويسعى إلى بناء وتكوين العلاقات الاجتماعية مع الآخرين، وتتمثل هذه المهارات في التعاطف، والاستماع، والمرونة الاجتماعية، والتفاؤل، وفيما يلي شرح مفصل لكل مهارة من هذه المهارات:

التعاطف

يعتبر التعاطف لبنة أساسية لبناء العلاقات الإيجابية، وتحسين قدرة الفرد على الاعتراف بمشاعر الآخرين والاستجابة لها، وهو محاولة لرؤية الأشياء من وجهة نظر الشخص الآخر، وعدم وضع افتراضات حولها، أو الحكم على الآخرين (Neale, et al., 2009). والتعاطف من أهم المهارات الاجتماعية؛ نظراً لكونه يهتم بالتعامل مع الآخرين وبناء العلاقات معهم، ويتمثل بالقدرة على الاتصال مع الآخرين وفمهم، وقراءة الأفكار المنطوقة والمعلنة، وفهم مشاعر الآخرين، والقدرة على تقدير أفكارهم (Mersino, 2007). وينظر إلى التعاطف، أو التقمص العاطفي بأنه حجر الزاوية في الذكاء العاطفي، وعندما يفكر الناس في معنى التعاطف ككلمة، يفسرونها من الوهلة الأولى بأنها التراحم، ومع ذلك، فإن مفهوم التقمص العاطفي (التعاطف)، هو نطاق أوسع بكثير من مجرد الشعور مع شخص ما، فهو يعني فهم مشاعر الآخرين، وقراءة الإشارات التي ترسل من الأشخاص، وتعبر عن مشاعرهم (Anthony, 2003).

ويعرف كورمير وكورمير (Cormier & Cormier,1998) التعاطف بأنه القدرة على فهم الآخر من خلال الإطار المرجعي الخاص به وليس من إطار المرشد، وهي تعني التفكير مع المسترشد وليس حوله أو بدلاً عنه. ويرى جولمان (2000)، أنَّ التعاطف أو التقمص الوجداني هو أن تتصور نفسك مكان الشخص الآخر، وتعي مشاعره وتفهمه. ويقوم التعاطف على أساس الوعي الذاتي، فبقدر ما يكون الفرد قادراً على تقبل مشاعره وإدراكها يكون قادراً على قراءة مشاعر الآخرين، فيرى الأشخاص العاجزين عن التعبير عن مشاعرهم في حالة ضياع كامل،

فالنغمات والأوتار العاطفية التي تتردد من خلال كلمات الناس، وأفعالهم ونغمة الصوت المؤثرة، أو انتقالهم من حالة انفعالية إلى حالة أخرى، أو حتى الصمت البليغ أو الرعشة الدالة، كل هذه الحالات الانفعالية تمر عليهم من دون ملاحظة.

كما ربط ماير وسالوفي (Mayer & Salovey) بين الوعي الذاتي والتعاطف؛ لأنه لا يستطيع المرء أن يشعر مع الآخرين دون أن يمتلك القدرة على الوعي بنفسه، وتحديد مشاعره، ثم أكد جولمان (Goleman) على مفهوم الكفاءة الاجتماعية المشتملة على الوعي الاجتماعي، والتعاطف، والوعي التنظيمي الذي يمثل القدرة على تفسير العواطف وفهمها (Mersino, 2007).

وتبرز الفوائد التي يسعى التعاطف إلى تحقيقها في بناء علاقة بين المرشد والمسترشد، والحصول على المعلومات من المسترشد من خلال فهم إطاره الداخلي والدخول إلى عالمه الخاص، وتحقيق أهداف المسترشد، وتحفيزه على استكشاف ذاته، ويساهم التعاطف في جعل المسترشد أكثر وعياً وتقديراً لخبراته، ويراها بشكل جديد، ويحدد الادراكات حول نفسه والآخرين والعالم المحيط به، ويزيد من ثقته بنفسه في اتخاذ القرارات ومتابعة أهدافه (Cormier & Cormier, 1998). كما ويمكن الإفادة من التعاطف في تفهم الآخرين بصورة أعمق، وتكوين علاقات أفضل، وتعطي الفرد قدرة على الاستماع، وتنمي احترام الفرد لذاته، وتجعله واثقاً من نفسه، بما ينعكس إيجابياً على احترام الآخرين له (بجاي،2010).

ولتحسين مهارة التعاطف الوجداني مع الآخرين هناك بعض الاقتراحات والتمارين التي تساعد على ذلك كأن تسأل نفسك عن العواطف الكامنة في حديث الشخص المقابل لك؟ أو أن تضع نفسك مكان هذا الشخص، وتفهم وجهة نظره، وتصف شعورك بعدها، وتراقب ردود فعل الناس عن بعض العواطف، أصغ للآخرين وتبادلهم مهارات الاستماع العاطفي، وتحاول أن تقرأ وجوه الناس وعواطفهم بدقة، تستوضح عن بعض العواطف التي يقولها الآخرون لك، وتطلب من الآخرين رأيهم عن كيفية مساعدتك لهم، وتراقب الإشارات غير اللفظية التي يرسلها لك الآخرون، وتفكر في المشاعر التي أرسلها لك الآخرون، وتذكر أن تضع نفسك مكان المتحدث بماذا يمكن أن تصف عباراته وأحاديثه؟ (Lynn, 2005).

الاستماع

وتعرف مهارة الاستماع بالانتباه الكامل للمرسل (المتحدث) لفظياً وغير لفظياً، ويتطلب الإصغاء التركيز والانتباه والاستماع بشكل فعال إلى أفكار ومشاعر وآراء ورغبات وطلبات المتحدث (خوالدة،2011). ويقصد بالاستماع العاطفي أن نستمع للآخرين برقة، ودفء، وحنان، وعدم إصدار أحكام على ما تستمع اليه، والتركيز على الكلمات، والاستماع المشفق للعبارات

المنطوقة، ويختلف الاستماع للأحاسيس والأعماق والمشاعر كلياً عن الاستماع السطحي الــذي يعتبر مجرد كلمات منطوقة ليس لها صدىً عند المستمع، ويفيد الاستماع العاطفي في جعل اللغة ذات قيمة وأهمية، لتحسين وتعميق عمليه التواصل العاطفي، وفهم العواطف الكامنة بمــا يثــري عملية المحادثة، ويساعد في بناء الثقة، وتقوية العلاقة مع الآخرين (Mersino, 2007).

وتتمثل مهارة الاستماع العاطفي في الاستماع لمستويات مختلفة إلى الآخرين، وتتركــز على الحقائق التي يقولها الشخص، ويشتمل الاستماع العاطفي علــى التركيــز علــى عواطــف الشخص المتحدث، والأنماط السلوكية غير اللفظية الصادرة عنــه، وتركــز بديهيــة الاســتماع العاطفي على المشاعر الخاصة والحدس (Intuition)، ويتطلب الاستماع العــاطفي مزيــداً مــن الجهد والانتباه، كالانتباه لنبرة الصوت، ويعتبر الاستماع الحدسي من أكثــر أنــواع الاســتماع صعوبة، وتستخدم مهارة السؤال لفهم الآخرين وتشجيعهم علــى التحــدث، ولتحــسين عمليــة الاستماع. وتقسم أنواع الأسئلة إلى الأسئلة المفتوحة والمغلقة ولكل منها إيجابياتــه وســلبياته (Neale, et al., 2009).

المرونة الاجتماعية

ويقصد بالمرونة الاجتماعية شعور الفرد بحريته وتكيّفه مع تفكيــره الخــاص بحيــث يتلاءم مع أوضاع الشخص وأفكاره، ويمتاز الشخص الذي يتمتع بالمرونة الاجتماعيــة بالقــدرة على التعامل مع الظروف بطريقة مختلفة من حيث التفكير، والسلوك، والــشعور، فالأشــخاص الذين يتمتعون بالمرونة هم أقل عرضةً للفشل في تجاربهم الخاصة، ويعتقدون أن العــالم مكــان آمن نسبياً لهم، وقادرون على حل المشكلات وادراة الصراع، ولديهم بدائل أخرى للتعامــل مــع الأحداث (Sparrow & Knight, 2006).

التفاؤل

وتتلخص مهارة التفاؤل بالــشعور بالأمــل ويتمثــل بطبيعــة الحالــة النفــسية للفــرد (Anthony,2003). والتفاؤل مثل الأمل يعني أن يتوقع المرء توقعاً قوياً أن الأمور ستتحول إلى ما هو سليم على الرغم من النكسات والصدمات. والتفاؤل بمفهوم الذكاء العاطفي موقف يحمي الناس من الوقوع في اللامبالاة وفقدان الأمل والإصابة بالاكتئاب في مواجهة مجريات الحياة القاســية، شريطة أن يكون تفاؤلاً واقعياً، أما التفاؤل المفرط فقد يسبب الكوارث (جولمان،2000).

وترى نصر الله (2008)، أن التفاؤل هو نظرة استبشار نحو المستقبل وتجعل الفرد يتوقع الأفضل وينتظر حدوث الخير ويرنو إلى النجاح ويستبعد ما خلا ذلك. كما تؤكد على الفوائد التي يحققها التفاؤل كقدرة الفرد على تحقيق أهدافه والسعي لانجازها، والنظرة الإيجابيــة للمــستقبل

والأحداث القادمة، مما ينعكس على طريقة التفكير والسلوك الذي ينجزه الفـرد؛ نظـراً لطبيعـة النظرة الإيجابية للأمور والأحداث، وينتج التفاؤل سعادة وصحة نفسية للفرد، ويـساعده علـى التكيّف، ويجعله أكثر رضىً عن مفهومه لذاته، فالأشخاص المتفائلون هم أكثـر رضـى عـن مفهومهم لذواتهم، وثقة بأنفسهم، ويتمتعون بدرجة عالية من المسؤولية والاستقلالية الشخـصية، وتحصيلهم الأكاديمي مرتفع، وهم أكثر قدرة على مواجهة الأزمات والتصدي لها، والتعامل مـع الصدمات النفسية، ويتصفون بحكمة التصرف، ويمتاز المتفائلون أيضاً بعلاقـاتهم الاجتماعيـة الناجحة، وقلة تعرضهم للأمراض والاضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب وبأن مزاجهم أكثـر إيجابية.

سادساً: التعبير عن الانفعالات

يعتبر التعبير عن الانفعالات نظاماً متطوراً من الإشارات والرموز المرسلة من الشخص إلى الآخرين، وبعض الإشارات والرموز المرسلة من الأشخاص من الصعب قراءتها وفهمهـا، فهي طريقة من طرق التواصل اللفظي وغير اللفظي، كما أن تعابير الوجه ونغمة الصوت هـي قنوات اتصال ورسائل شفهية، يصدرها الأشخاص في علاقاتهم الاجتماعية، ويـساعد التعبيـر الانفعالي على البقاء على قيد الحياة، فبعض الأفراد يعانون من ضعف القـدرة علـى التعبيـر الانفعالي عن أنفسهم؛ بسبب ضعف الإشارات العاطفيـة المرسـلة (Caruso & Salovey,2004). ويتم ممارسة عملية التعبير عن الانفعالات في جميع ميادين الحياة، ومجالاتها كـالبيع، والإدارة، والتربية والتعليم، والاتصال، والعلاقات الأسرية. وتتمثل الكفاءات الاجتماعية في الطريقة التـي يعبر بها الناس عن مشاعرهم، ومدى نجاحهم أو فشلهم في التعبير عن هذه المشاعر، ويـستخدم بول إيكمان (Paul Ekman) مصطلح قواعد التعبير للدلالة على أساليب الناس في التعبيـر عـن مشاعرهم، بالرغم من التنوع الثقافي والاختلاف بين الناس في طريقة التعبير عـن مـشاعرهم، ففي اليابان مثلاً تظهر ردود فعل الطلاب على وجوههم، وهناك طريقة أخرى للتعبير الانفعـالي من خلال استبدال التعبير عن شعور ما بشعور عكسه، ويظهر هذا النوع من التعبير جليـاً فـي بعض الثقافات الآسيوية، حيث تعتبر قول كلمة "لا" سلوكاً غير مهـذب، فيـضطر إلـى تأكيـد السلوك الإيجابي ولو كان كاذباً (جولمان،2000).

ويؤكد كورمير وكورمير (Cormier & Cormier,1998) أن الوجه يرسم مزيجـاً مـن الانفعالات المختلفة، حيث يعبر الوجه عن أحاسيس السعادة، والفـرح، والغـضب، والخـوف، والحزن، كما أن تعابير الوجه تستخدم للبدء بالحوار أو الانتهاء منه، ويقدم تغذيـة راجعـة فـي عملية الاتصال، و يدعم وينقل الانفعالات بين الأفراد.

كما أن تعبيرات الوجه والإحساس بالخبرة الانفعالية يسهم في الاستثارة الداخلية، أو في تقييم وتفسير المثيرات، وتعبيرات الوجه تحمل طابعاً عالمياً من حيث المعنى الذي تنقله والشكل الذي تظهر عليه لدى ثقافات متباينة من أنحاء العالم، ومن الانفعالات التي يمكن أن يتعرف الإنسان عليها من خلال الوجه السعادة، والدهشة، والاشمئزاز، والحزن، والغضب والخوف (جروان، 2012).

ويعرف التعبير الانفعالي بأنه قدرة الأفراد على التنفيس عن مشاعرهم وأفكارهم (Greenberg, 2010). ويرى سبيرو وكي نايت (Sparrow & Knight, 2006) أن التعبير العاطفي يتمثل في قدرة الفرد على السيطرة على مشاعره، والتعبير عنها بحرية، وقدرته على الاتصال مع مشاعره الذاتية، وعمل توازن بين ضبط انفعالاته وتعبيره عنها.

كما أن عدم قدرتنا على التعبير عن عواطفنا بدقة، يعني عدم قدرتنا على تلبية حاجاتنا العاطفية، وضعف الاتصال والتفاعل الاجتماعي، فنبرة الصوت، والإيماءات، وتعابير الوجه، وقنوات اتصالنا هي رسائل شفهية للمستقبل، وتعطي لغة الجسد الشخص المقابل مدلولات كبيرة فالمعلومات اللفظية التي نحصل عليها من الأشخاص تقدر بنسبة (10%) فقط، بينما نحصل على بقية المعلومات من لغة الجسد، وتعتبر مهارة القراءة لما بين السطور، وتحديد العاطفة بشكل دقيق إشارات حقيقة تعطي القدرة على التمييز بين العواطف الحقيقية والمصطنعة (Caruso & Salovey, 2004).

وينظر إلى ميل الفرد للخجل من التعبير عن عواطفه، على أنها علامة ضعف أو انهيار وشيك، وتعتبر هذه المعتقدات الخاطئة من أبرز مشاكل الفرد في التعامل مع عواطف؛ لأنها تحد من قدرة الفرد على الاتصال مع الآخرين، والتعبير عن مشاعره، كما يشعر الأفراد بقمع الانفعالات أثناء مرحلة العلاج والتدريب، لذا يجب تدريب الأفراد على معرفة الانفعالات الثانوية وطرق التعامل معها مثل انفعال الغضب (Parker, 2011). ويشعر المرضى الذين يعانون من ضعف القدرة في التعبير عن مشاعرهم بالارتباك إذا عبر الآخرون لهم عن مشاعرهم نحوهم، ويشعرون بالفشل في بناء العلاقات العاطفية، وتبادل مشاعر الحب والاهتمام والرعاية والتعاطف مع الآخرين (جولمان،2000).

ويفيد التعبير العاطفي في علاج بعض الحالات والأمراض كمرضى السرطان، واضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)، ويشجع المرشد الأفراد على التعبير عن مشاعرهم المؤلمة من خلال عيش التجربة الجسدية، والعاطفية، ويساعدهم على الاتصال مع مشاعرهم، وتشير الدراسات إلى مخاطر الكبت العاطفي، وتجنب التعبير عن المشاعر، ومن وجهة نظر الإرشاد

المتركز على الانفعالات فإن عملية الإثارة، والتسامح للتجارب العاطفية أمراً ضرورياً من أجل التغيير (Greenberg, 2010) .

سابعاً: الاتزان الانفعالي

عرّف باوميستر وفوس (Baumeister & Vohs, 2007) التنظيم الانفعالي بأنه عملية مقصودة للأفراد للتأثير على مشاعرهم، ولمساعدتهم على ضبطها وطرق التعبير عنها، وينطوي التنظيم العاطفي (Emotional - Regulation) على تغييرات متعددة في جوانب العاطفة كالخبرة الذاتية والسلوك. ويتمثل بقدرة الفرد على تجاوز وتغيير الردود العاطفية، وهي عملية يحاول الأفراد من خلالها تقييد دوافعهم للسيطرة على الاستجابة الأولية، وتنظيم وسائل التغير في السلوك.

ويرى كوشك وفوتس (Kostiuk & Fouts,2002) التنظيم الانفعالي بأنه القدرة على الاستجابة للمطالب المستمرة مع الخبرة العاطفية بطريقة مقبولة اجتماعياً ومرنة، تسمح بظهور ردود الفعل العفوية، بما في ذلك القدرة على تأخير ردود الفعل حسب الحاجة إليها، ويعتبر تنظيم العاطفة أمراً حاسماً يحافظ على الاتصال مع عمليات الإدراك الحسي، ويصل إلى الاستجابات الكيفية، ويعزز الاستجابات المناسبة وينظم العواطف الإدارية.

ويعرف حمدان (2010)، الاتزان الانفعالي بقدرة الفرد على التحكم والسيطرة على انفعالاته المختلفة، والمرونة في التعامل مع المواقف والأحداث الجارية، بحيث تكون استجابته الانفعالية مناسبة للمواقف التي تستدعي هذه الانفعالات. بينما يعرف بني يونس (2005) الاتزان الانفعالي بأنه أحد أبعاد الشخصية الأساسية الذي يمتد على شكل متصل مستمر من القطب الموجب الذي يمثله الاتزان الانفعالي إلى القطب السالب الذي تمثله العصابية، وأن أي شخص يمكن أن يكون في أي مكان على هذا المتصل، ويمكننا أن نصفه طبقاً لمكانه، وأن جميع المواقع محتملة، ويمثل الاتزان الانفعالي الشخص الهادئ، الرزين الثابت، المنضبط، غير العدواني، المتفائل، الدقيق.

ويتمثل التنظيم الذاتي في تنظيم العواطف، وتدريب المتعالج على تنظيم عواطفه من حيث: شدتها، ونوعها، كما يتدرب على تنظيم التعاطف الآمن، والتأكيد على صحته، ومكانه، ودرجته، ويتركز تدريبه على التسامح من خلال تحديد المثيرات، ووضع الإشارات العاطفية، والحفاظ على المسافة العاطفية (Emotional-Distance)، والعمل على مراقبة الانفعالات (Greenberg, 2010).

ويهدف التنظيم الذاتي للانفعالات إلى مساعدة الأفراد على تغيير سلوكاتهم، ويزيد من مرونتهم، ويساعدهم على ضبط تصرفاتهم الظرفية والاجتماعية، ويحقق درجة من الحرية الذاتية لدى الفرد، كما يساعد على ضبط النفس، ويحقق السعادة النفسية للفرد، ويعزز العلاقات الشخصية بين الأفراد، ويفيد التنظيم الذاتي في مراقبة ومنع بعض الدوافع والسلوكات السلبية كتعاطي الكحول، والتدخين، والحد من شدة الغضب، والشعور بالندم(Baumeister & Vohs, 2007).

ومن مهارات التنظيم الانفعالي زيادة الانخراط في الأنشطة الأسرية، ومناقشة المشاعر والأحداث الصادمة، والاعتذار عن التصرفات السلبية التي يقوم بها الفرد (Kostiuk & Fouts, 2002). والتدريب على التسامح، وزيادة العواطف الإيجابية، وتحقيق مفهوم المسافة العاطفية عند الأفراد (Greenberg, 2004). كما أن التعبير عن الطاقة الانفعالية، وتقديم المعلومات والمعارف عن المنبهات المثيرة للانفعال، وعدم تركيز الانتباه على الأشياء والمواقف المثيرة للانفعالات، والاسترخاء، وعدم إصدار الأحكام في الموضوعات والأمور المهمة أثناء الانفعال، تعتبر من طرق تحقيق الاتزان الانفعالي والقدرة على التحكم في الانفعالات، ففترة الانفعال تمثل حالة من عدم التوازن؛ لذا يفشل الفرد في رؤية الأمور بشكلها الصحيح، ومن أبرز سمات الأفراد المتزنين انفعالياً قدرتهم على التحكم في انفعالاتهم، وضبط أنفسهم في المواقف التي تثير الانفعال، وقدرتهم على الصمود والاحتفاظ بهدوء الأعصاب وسلامة التفكير حيال الأزمات والشدائد، وعدم الميل إلى العدوان، وقدرتهم على تكوين عادات أخلاقية ثابتة بسبب قدرتهم على التحكم بانفعالاتهم، وقدرتهم على تكوين علاقات اجتماعية ناجحة (حمدان،2010).

كما ويمتازون بقدرتهم على التحرر من الخوف، ولديهم قدراً كبير من الجانب الأخلاقي، ويمتازون بقدرتهم على تحمل المسؤولية، والرقابة الذاتية، والقدرة على انجاز المهام (Aleem,2005). ويمتازون أيضاً بعدم معاناتهم من العنف المزاجي، أو الهيجان الانفعالي، ولديهم قدرة على مواجهة وتحمل الإحباط دون الشعور بالانزعاج (Rice,1992).

ثامناً: النضج الانفعالي (الثبات الانفعالي)

يعرف النضج الانفعالي بقدرة الفرد على التعبير عن سلوكه بدون إثارة أي انفعال، منضبطاً معتمداً على نفسه واثقاً بها، ومتفائلاً ومطمئناً في نظرته للمستقبل، ومتوافقاً مع الآخرين (السلطاني،2011).

ويشير رايس (Rice,1992) إلى عدم إمكانية الوصول إلى النضج الانفعالي (Emotional Maturity) إلا إذا كان الفرد آمناً انفعالياً (Emotional -Security) وهو التحرر من المشاعر السلبية المفرطة، ومن مشاعر القلق المحبطة، ومن الشكوك والمخاوف. فجميع الأفراد

يتعرضون لبعض خبرات القلق والمخاوف والشك ولكن مدى التعبير عن هذه المشاعر يعتمد على درجة النضج الانفعالي الذي وصل إليه الفرد، فقد يشعر الفرد بقلق كبير نحو العديد من الأشياء لدرجة أن هذا القلق يؤثر سلباً من خلال شعوره بعدم الأمن الانفعالي، فبعض الناس يشعرون بالقلق لكل ما يحيط بهم: حول أنفسهم، وصحتهم، وعلاقاتهم مع الآخرين، وأعمالهم وأوضاعهم المالية، وعلاقاتهم الاجتماعية، ومشاكلهم في هذا العالم، بحيث يصبح هذا السلوك غير مرغوب به لأنه يؤثر على علاقاتهم مع الآخرين، وبالتالي يؤثر على رضاهم وسعادتهم، وعندما نصل إلى هذا الحد من السلوك نصاب بما يسمى "باضطراب القلق العام (General Anxiety Disorder). ويمكن الوصول إلى النضج الانفعالي إذا كان الشخص مستقر وثابت انفعالياً، ويشعر مع الآخرين و يشكل العلاقات معهم ولديه القدرة على الشعور بهم (Capacity to Feel) فالفرد الناضج انفعالياً لديه القدرة على الشعور سواء الشعور بالحب أو الكره، فبدون هذه القدرة تصبح المشاعر ميتة، وينمو الأفراد انفعالياً من خلال التعلق وتبادل مشاعر الود مع الآخرين، وبناء العلاقات والتفهم المتبادل معهم، ويطورون التعاطف والقدرة على التحقق والتعرف على مشاعر الآخرين والشعور بمشاعر صادقة في علاقاتهم مع الآخرين. وهم قادرون على التعبير عن هذه المشاعر بطريقة إيجابية وناضجة. ولديهم القدرة على بناء علاقات انفعالية مبنية على الحب، والود، والاحترام.

ويرى الوقفي (1998) أن هناك جملة من المعايير لتحديد مدى امتلاك الأفراد للنضج الانفعالي تتمثل في الاستقلالية، فالنضج يعني تجاوز الفرد لمرحلة الاعتماد على الآخرين، والاعتماد على الذات في اتخاذ قراراته وفقاً لمفاهيمه واعتباراته الخاصة، والواقعية وهي قدرة الفرد على رؤية العالم رؤية واقعية، وقدرته على التفكير العقلاني، والتعاطف ويتمثل في مشاركة الشخص للآخرين في أفراحهم وأتراحهم برغبة وقناعة منه، كما يمتاز بقدرته على إعطاء أسرته وأصدقائه ومجتمعه ذاك التعاطف، ويمتاز أيضاً بقدرته على الوعي بالذات وتقدير ذاته، والوعي بخصائصهم الذاتية.

فالأشخاص الناضجون لايظهرون مشاعر سلبية في يوم ومشاعر إيجابية في اليوم التالي، لكن مشاعر الأفراد غير المستقرين انفعالياً تتأرجح صعوداً وهبوطا ويتصفون بعدم الاستقرار أو الثبات الانفعالي، ويكونون مصدراً للمشاكل في علاقاتهم مع الآخرين من حيث مشاعر الألم والصراع التي يسببونها للآخرين. وفي حالات معاناة الأفراد من عدم الثبات الانفعالي الشديد فانهم يصابون بما يسمى بالاضطراب ثنائي القطب (Bi-polar disorder) حيث

يتحول الفرد من حالة المهووس (Manic) إلى حالة الكئيب (Depressive) ويحدث لهم تغيرات عنيفة في المزاج والانفعالات (Rice, 1992) .

الدراسات السابقة

يتناول هذا الجزء من الفصل عرض الدراسات السابقة في ضوء متغيرات الدراسة:

أولاً: دراسات تناولت الأرق.

ثانياً: دراسات تناولت أساليب علاج الأرق بشكل عام.

ثالثاً: دراسات تناولت العلاقة بين الانفعالات والأرق.

رابعاً: دراسات تناولت العلاقة بين الانفعالات ومفهوم الذات.

أولاً: دراسات تناولت الأرق

قام لي (Ly,2012) بدراسة حول عوامل الخطورة المرتبطة بـــالأرق عنـــد المـــراهقين، هدفت إلى تقييم مدى انتشار الأرق بين المراهقين الكنديين الذين تتراوح أعمارهم بـــين (19-15) سنة، والتعرف على المتغيرات المرتبطة بالأرق عند هذه الفئة العمرية، ومـــدى انتـــشار الأرق تبعاً للجنس، وقد تكونت عينة الدراسة من (2866) مراهقاً، استخدم الباحـــث اســـتبيان الـــصحة الكندي (Canadian Community Health Survey) (CCHS)، لبيان معـــدل انتـــشار الأرق بـــين المراهقين. وأشارت النتائج إلى عدم ارتباط الأرق بالجنس، بينما أكدت ارتباطه بالحالة النفسية للفرد كارتباطه باضطرابات المزاج، والضغط النفسي، واضطرابات القلق، والمشاكل الأســـرية، وتناول الكحول والمخدرات. كما أشارت الدراسة إلى أهمية النوم كعنصر من عناصر الـــسعادة والصحة النفسية، وبينت آثار الأرق السلبية على جوانب الشخصية كاملة.

وأجرى كولومبي وزملاؤه (Coulombe,et al., 2011) دراسة هدفت إلى تحديد مـــشاكل النوم والأعراض والمخاطر النفسية المشتركة عند المراهقين. بلغ حجم عينـــة الدراســـة (980) مراهقاً تراوحت أعمارهم بين (16-12) عاماً من الذين لا يعانون من أي مرض مزمن أو تـــأخر في النمو، بيد أنهم يعانون من مشاكل النوم والتعب ولديهم أعراض نفسية. أشارت النتـــائج إلـــى ارتباط بعض المتغيرات النفسية بمشاكل النوم كارتباط الكوابيس الليلية بالقلق والاكتئـــاب، كمـــا ظهر الأرق بشكل ملموس لدى المراهقين العدوانيين أو الانسحابين، والمراهقين الـــذين يعـــانون من التعب والإرهاق.

كما درس سيموس وزملاؤه (Siomos,et al., 2010) أسباب الأرق النفسية والاجتماعيـــة عند المراهقين، وتكونت عينة الدراسة من (2195) طالباً من طلبة مدرسة ثانوية فـــي اليونـــان. أشارت النتائج إلى أن السبب المباشر للأرق يتمثل بالضغوط الاجتماعية والنفسية، كماأكـــدت أنّ

مشكلات ضعف التواصل بين المراهقين والوالدين وتناول الكحول والسجائر والمخـدرات مـن الأسباب الكامنة وراء معاناة المراهقين من الأرق.

وقام نولاند وزملاؤه (Noland,et al., 2009) بدراسة حول سلوكيات النـوم عنـد (384) طالباً من المراهقين في ثلاث مدارس أمريكية ثانوية، تم اختيارهم عشوائيا. أظهرت النتـائج أن (91,9%) من أفراد العينة يعانون من عدم كفاية ساعات النوم في معظم ليالي الأسبوع أثناء أيـام الدوام المدرسي و(10%) ينامون أقل من ست ساعات في كل ليلة في الأسبوع. وأشارت النتائج إلى أن عدم الحصول على قسط كافٍ من النوم يؤدي إلى التعب خلال النهـار بنـسبة بلغـت (93,7%)، وصعوبة في الانتباه بنسبة بلغت (83,6%)، وانخفاض في التحصيل بنسبة (60,8%)، وزيادة في الضغوط النفسية بنسبة (59,0%)، وذكر بعض الطـلاب أنهـم ينخرطـون بـبعض السلوكيات السلبية لمساعدتهم على النوم: كتناول الحبوب المنومة بنـسبة (60,0%)، أو تـدخين سيجارة بنسبة (5,7%). وكان الطلاب الذين حصلوا على عدد أقل من ساعات النوم أكثر عرضة لزيادة الوزن، وتشير النتائج إلى الحاجة إلى التثقيف الصحي حول النوم للمراهقين وآبائهم.

كما أجرى فردريكسن وزملاؤه (Fredriksen,et al., 2004) دراسة لمعرفة آثار قلة النوم على المراهقين خلال مرحلة الدراسة الوسطى، حيث تم فحص تأثير أنماط النوم على عينة مـن المراهقين بلغت (2259) مراهقاً تراوحت أعمارهم بين (14-11) سنة، وتمثلت هـذه الأعـراض بالاكتئاب، وتدني احترام الذات، وانخفاض التحصيل الأكاديمي، وأظهر الطلبة الـذين حـصلوا على أقل كمية من النوم أدنى درجة لثقتهم بأنفسهم وأعلى درجة من درجات الاكتئـاب. أكـدت نتائج الدراسة على دور النوم في توقع نتائج المراهقين النفسية والاجتماعية، وسلطت الضوء على أهمية استخدام منهجيات مقارنة في دراسة عمليات النمو لدى المراهقين.

أما على مستوى الوطن العربي فقد أجريت بعض الدراسات كالدراسـة التـي أجراهـا صويلح وزملاؤه (Sweileh,et al., 2011) حول مشاكل وعادات النوم عند الطلبة الفلـسطينيين، هدفت إلى وصف عادات ومشاكل النوم لدى طلاب الجامعات الفلسطينية، وعلاقتها بالتحـصيل الأكاديمي، وتم وضع الاستبيان بناءاً على الدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات النفسية DSM-(IV)، تكونت عينة الدراسة من (400) طالب وطالبة بلـغ متوسـط أعمـارهم (20,2) سـنة، وتوصلت الدراسة إلى أن متوسط مدة النوم ليلاً تصل إلى (6,4) ساعة، وذكرت أن (64,8%) من

الطلاب يعانون من الاستيقاظ ولو لمرة واحدة في الليل بسبب الكوابيس الليلية، ولم تجد علاقة كبيرة بين نوعية النوم واضطرابات النوم.

ثانياً: دراسات تناولت أساليب علاج الأرق بشكل عام.

أجرى جنغ كويست وزملاؤه (Jungquist, et al., 2012) دراسة حول فعالية العلاج السلوكي المعرفي للأرق عند المرضى الذين يعانون من الألم المزمن (Chronic Pain) وقد بلغ عدد أفراد عينة الدراسة (28) شخصاً يعانون من الآلام المزمنة وفقاً لنوع الجنس والعمر والعرق، قسم الباحث أفراد عينة الدراسة إلى مجموعتين، وقد بلغ عدد أفراد المجموعة الضابطة (9) أشخاص بينما بلغ عدد أفراد المجموعة التجريبية (19) شخصاً، وقدم الباحث برنامجاً علاجياً لأفراد المجموعة التجريبية حول العلاج السلوكي المعرفي، تكونت جلسات البرنامج من مواضيع تتعلق بتقييد وقت النوم، والنظافة قبل الدخول في النوم، وتدريب الأعضاء على الرقابة الذاتية، وإدارة الذات. أشارت النتائج إلى تحسن ملحوظ لدى أفراد المجموعة التجريبية في مجموع وقت النوم، وقلة الاستيقاظ أثناء الليل وتحسن في نوعية وكفاءة النوم، وتمكن المرضى من حصر الألم المزمن الذي يعانون منه، وتحسن في المزاج، والأداء اليومي.

كما قام جير نلف وزملاؤه (Jernelov,et al., 2012) بإجراء دراسة حول فعالية العلاج السلوكي والمساعدة الذاتية للأشخاص الذين يعانون من الهوس والأرق الأولي، وبلغ عدد أفراد عينة الدراسة (133) شخصاً. يعاني (92,5%) من المشاركين من اضطرابات مترافقة مع الأرق مثل الهوس والاكتئاب وبعض الأمراض الأخرى، وقسم الباحث أفراد عينة الدراسة إلى ثلاث مجموعات: مجموعة تلقت العلاج بدون دعم المعالج وعددهم (44) شخصاً، ومجموعة تلقت العلاج بدعم وتدخل المعالج وعددهم (45) شخصاً، ومجموعة ضابطة عدد أفرادها (44) شخصاً، قيّمهم الباحث قبل وبعد العلاج. وبلغت فترة العلاج ستة أسابيع من التدخل العلاجي بالمساعدة الذاتية والعلاج السلوكي المعرفي المتمثل في الضبط الذاتي وإعادة البناء المعرفي. أشارت النتائج إلى تحسن ملحوظ في النوم وانخفاض في درجة الأرق لدى أفراد مجموعتي المساعدة الذاتية مع أو بدون تدخل المعالج، مقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة، كما أشارت النتائج إلى حفاظ أفراد المجموعتين التجريبيتين على خفض درجة الأرق لمدة تزيد على ثلاثة أشهر بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج من خلال اختبار المتابعة.

وأجرى جراديسير وزملاؤه (Gradisar,et al., 2011) دراسة حول فاعلية العلاج السلوكي المعرفي والعلاج بالضوء الساطع (Bright Light Therapy) لعلاج المراهقين الذين يعانون من اضطرابات النوم وتأخر موعده، وقد بلغ عدد أفراد عينة الدراسة (49) مراهقاً من

المراجعين لعيادات النوم في جنوب استراليا، وبلغ متوسط أعمارهم (14,6)، قسمهم الباحث إلـى مجموعتين؛ بعد أن انسحب (9)، منهم. يتلقى أفراد المجموعة الأولى وعـددهم (23) مراهقـاً، العلاج السلوكي المعرفي والعلاج بالضوء. أما أفراد المجموعة الضابطة وعددهم (17) مراهقـاً، فلا يتلقون أياً من التدخلات العلاجية. تنوعت جلسات البرنامج العلاجـي الـست بـين العـلاج السلوكي المعرفي والعلاج بالضوء. أشارت النتائج إلى تحسن نوعية النوم وانخفـاض معانـاة المراهقين من صعوبات الدخول بالنوم، وانخفاض آثار قلة النوم أثناء النهار كالتعـب وصـعوبة التركيز لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنة مع المجموعة الضابطة. وأكدت النتـائج فاعليـة التدخلات العلاجية في تحسن نوم المراهقين.

وهدفت الدراسة التي أجراها باسوس وزملاؤه (Passos,et al., 2010) إلى تحديد تـأثير التمارين الرياضية على نمط النوم عند المرضى الذين يعانون من الأرق الأولي والمـزمن مـن خلال استخدام ثلاثة طرق من التمارين الرياضية، وتكونت عينة الدراسة من (48) مشاركاً، بلغ متوسط أعمارهم (44,4) سنة، وقد قسم الباحث المشاركين إلى أربع مجموعات، تكونـت كـل مجموعة من (12) مشاركاً: مجموعة ضابطة وثلاث مجموعات تجريبيـة، تتلقـى المجموعـة التجريبية الأولى تدريباً للتمارين الرياضية بشكل معتدل، وتتلقى المجموعـة التجريبيـة الثانيـة تدريباً للتمارين الرياضية بشكل مكثف، أما المجموعة الرابعة فتتلقى تدريباً بالتمـارين الهوائيـة (High-intensity Aerobic Exercise). أشارت النتائج إلى انخفاض صعوبات الدخول في النـوم عند المشاركين بنسبة (55%)، كما بلغت نسبة الاستغراق في النوم (30%)، أما نسبة الزيادة فـي إجمالي وقت النوم فبلغت (18%)، (TST) (Total Sleep Time) وتحسنت كفاءة النـوم بنـسبة (13%). كما بينت النتائج أن التمارين الرياضية المعتدلة تقلل من القلق وتحسن النوم عند هؤلاء المرضى.

وتمثلت دراسة دالي (Daley,2010) بتقديم طريقة جديدة لعلاج الأرق والاكتئـاب عنـد الأشخاص الذين يعانون من أمراض القلب والأوعية الدموية، حيث اهتمت هذه الطريقة بتقنيـات العلاج السلوكي المعرفـي والتمـارين الرياضـية (EBCT) (Exercise Based and Cognitive behavioral Therapy) بلغ عدد أفراد عينة الدراسة (18) شخصاً جميعهم من الإنـاث، أعطـى المعالج تعليمات للمشاركين تتمثل في التركيز على التخلص من الأرق؛ كونه مصدراً للاكتئـاب من خلال الخلط بين تقنيات العلاج السلوكي المعرفي والتمارين الرياضية البدنية. حققت نتـائج الدراسة تحسينات كبيرة عند المشاركين في خفض الأرق والاكتئاب، وتحسينات في إجمالي وقت النوم ونوعيته، وخفض التوتر والقلق والتقليل من الأفكار السلبية، وزيادة الكفاءة الذاتيـة لـدى

المشاركين. وتقدم هذه الدراسة نهجاً يجمع بين مبادئ العلاج النفسي، والتمارين الرياضية لعلاج الأرق والاكتئاب، وأثبت هذا النهج قبولاً واسعاً من المشاركين، وأن المرضى الذين يتبعون النهج غير الدوائي يحقق لهم آثاراً إيجابية لعلاج الأرق والقلق والاكتئاب.

وهدفت دراسة تايلور وزملاؤه (Taylor,et al., 2010) إلى معالجة الأرق بتقييد وقت النوم والنظافة قبل النوم، والتثقيف الصحي لدى الأشخاص الذين يعانون من الأرق، كما هدفت هذه الدراسة إلى إثبات أن (8) جلسات كافية لعلاج الأرق عند الأشخاص الذين يعانون من الأرق من خلال تقييد وقت النوم، والنظافة قبل النوم، وتدريب المشاركين على بعض المهارات والاستراتيجيات التي تساعدهم على التخلص منه وتزويدهم بالثقافة الصحية. وقد بلغ حجم عينة الدراسة (46) شخصاً من الجنسين الذين يعانون من الأرق. قسم الباحث أفراد عينة الدراسة إلى مجموعتين: تكونت المجموعة الأولى من (24) شخصاً استخدم معهم (8) جلسات تتعلق بتقييد وقت النوم (Sleep Restriction) والعلاج الطبي (الحبوب المنومة). أما المجموعة الثانية فتكونت من (22) شخصاً استخدم معهم التثقيف الصحي وحده حيث تلقوا دورة حول عادات النوم الجيدة. أشارت النتائج إلى تحسن أفراد المجموعة الأولى من حيث التخلص من صعوبة الدخول في النوم والاستيقاظ الباكر في الصباح، وتحسن في نوعية وكفاءة النوم واستمر هذا التحسن لفترة ستة أشهر من المتابعة.

وقام موسلي وجرادريسر (Moseley & Gradisar, 2009) بدراسة حول تقييم فعالية التدخل المدرسي لعلاج مشاكل النوم عند المراهقين، وبلغ عدد المشاركين (81) طالباً تم اختيارهم عشوائياً من طلبة مدارس جنوب استراليا، وقسّم الباحث أفراد عينة الدراسة إلى مجموعتين: مجموعة ضابطة مكونة من (40) طالباً ومجموعة تجريبية مكونة من (41) طالباً، تعرضوا لبرنامج تدريبي مدته أربعة أسابيع، يتلقى المشاركون فيه أساليب العلاج السلوكي المعرفي للتخلص من الأرق وعادات النوم الخاطئة، وقد كانت مدة الجلسة الواحدة (50) دقيقة. جمع الباحث بيانات البرنامج بعد الانتهاء منه بعد الأسبوع السادس من المتابعة عبر الانترنت. وكشفت النتائج عن تحسن نوعية النوم وتقليل عدد مرات الخروج من السرير عند أفراد المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة.

وقدمت دراسة نايت وزملاؤه (Niet,et al., 2009) استعراضا للدراسات المنهجية في علاج الأرق والتدخلات غير الدوائية لتحسين نوعية النوم، بحيث تكون التدخلات العلاجية آمنه وذات فائدة للأشخاص الذين يعانون من الأرق المرتبط بالأمراض البدنية، أو الاضطرابات النفسية، أو بمشاكل التعاطي والإدمان. أشارت النتائج إلى وجود أكثر من (17) استراتيجية

مناسبة وفعالة لعلاج الأرق؛ كالموسيقى الهادئة، والاسترخاء، والعلاج السلوكي، والعلاج المعرفي، والعلاج السلوكي المعرفي، واسترخاء العضلات التدريجي، وأسلوب الضبط الذاتي، وتقييد وقت النوم، وتعليم النظافة قبل النوم، والتثقيف الصحي للنوم، والتدليك الجسدي، والتدريب الذاتي للتخلص من الأرق، والتغذية الراجعة البيولوجية، والتخيل الموجه، والعلاج بالتنويم المغناطيسي، والعلاج بالضوء، والعلاج بضبط الساعة البيولوجية، والعلاج بالوخز بالإبر (علاج شعبي صيني)، والعلاج بالتأمل.

وقام بلانجر وزملاؤه (Belanger,et al., 2005) بدراسة لفحص أثر الأنشطة المعرفية قبل النوم، وبلغ عدد أفراد عينة الدراسة (50) مشاركاً قسمهم الباحث إلى ثلاث مجموعات: تكونت المجموعة الأولى من (14) مشاركاً يعانون من الأرق فقط، بينما تكونت المجموعة الثانية من (16) مشاركاً يعانون من الأرق واضطراب القلق العام (GAD) والمجموعة الثالثة تكونت من (20) مشاركاً لا يعانون من الأرق أو اضطراب القلق العام، وينامون بشكل جيد، أكمل المشاركون عملية التقييم من خلال المقابلات، واستبانات القلق والأرق والاستراتيجيات المعرفية، والاستراتيجيات المسيطرة على التفكير. أظهرت النتائج أن الأفراد الذين يعانون من الأرق واضطراب القلق العام لديهم درجة أكبر من الأفكار المعرفية التي تساعد على زيادة الأرق من الأفراد الذين يعانون من الأرق وحده، ولديهم أفكار معرفية مسببة للأرق إذا ما تمت مقارنتهم بالأشخاص الذين ينامون جيداً، وأشارت أيضاً أن الأشخاص الذين يعانون من الأرق واضطراب القلق العام أكثر عرضة للاضطراب من غيرهم من المجموعتين، وأكدت النتائج أن زيادة الأنشطة والمهارات المعرفية قبل النوم تلعب دوراً في خفض الأرق، من هنا يجب الحد من الجوانب المعرفية الباعثة للقلق والأرق والتخلص منها.

كما قام مورن وزملاؤه (Morin,et al., 2005) بدراسة لتقييم فاعلية العلاج السلوكي والاعتماد على الذات في علاج الأرق، تقوم الدراسة على شرطين أساسين هما العلاج بالمساعدة الذاتية كطريقة علاجية للمجموعة التجريبية، وعدم تقديم العلاج للمجموعة الضابطة. بلغ عدد أفراد العينة (127 امرأة، و65 رجلاً) وكان متوسط أعمارهم (46) سنة، تم اختيارها عشوائياً، وقسمهم إلى مجموعتين تكونت المجموعة التجريبية من (96) فرداً والمجموعة الضابطة من (96) فرداً، يتدخل العلاج بمساعدة المشاركين ذاتياً من خلال إرسال معلومات أسبوعية لهم حول الأرق، وتزويدهم بستة كتب تعليمية تتعلق بالأرق، وممارسات النوم الصحي، وجدولة مواعيد النوم، وترتيب الاستراتيجيات السلوكية والمعرفية. أكمل المشاركون تسجيل الملاحظات عن نومهم، وبعد الانتهاء من فترة المتابعة التي استمرت ستة أشهر. أشارت النتائج إلى وجود تحسن

كبير عند أفراد المجموعة التجريبية مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة، كما حصل المشاركون على تحسين كفاءة ونوعية نومهم، وحصل المشاركون على معلومات تتعلق بالأرق مثل أسباب الأرق، ونوعية النوم، والمؤشرات التي تدل عليه. وأشارت النتائج إلى فاعلية الاعتماد على الذات في خفض أعراض الأرق لدى أفراد عينة الدراسة.

واستعرض مورن (Morin, 2004) بدراسته النموذج السلوكي المعرفي لعلاج الأرق، وأهدافه وفاعليته في إدارة الأرق والتخلص منه. وأكدت نتائج الدراسة فاعلية هذا النوع من العلاج بنسبة (80-70%) وفائدته في خفض صعوبات الدخول في النوم والاستغراق فيه والاستيقاظ المبكر في الصباح والتقليل من الاضطرابات الانفعالية ومساعدة المرضى على السيطرة على مشاعرهم.

وأوضحت دراسة كينغ وزملاؤه (King,et al., 2001) أهمية الدعم التجريبي لعلاج الأرق كونه مشكلة منتشرة بين البالغين؛ نظراً لكثرة الآثار الجانبية الناتجة عنها، ولضعف فعالية التدخلات الدوائية والحاجة الملحة للتدخلات النفسية كالعلاج المعرفي السلوكي واستراتجيات العلاج الاكلينيكي، حيث تهتم هذه الدراسة بالعلاج التجريبي والتدخلات النفسية لعلاج الأرق، كالعلاج بالاسترخاء والتحفيز والسيطرة الذاتية وتقييد وقت النوم وغيرها من الأساليب السلوكية والمعرفية التجريبية.

وأخيرا تمثلت الدراسة التي أجراها سبيلمان وساسكن وثوربي (Spielman, Saskin, Thorpy ,1987) لعلاج الأرق بتقيد وقت النوم في السرير باعتبار أن زيادة وقت البقاء في السرير عاملاً مهماً في استمرار الأرق وزيادته، وتكونت عينة الدراسة من (35) مريضاً يعانون من الأرق (18) رجلاً و(17) امرأة يعانون من الأرق منذ فترة تزيد على (15) سنه، وبلغ متوسط أعمارهم (46) سنة، واستمرت مدة البرنامج ثمانية أسابيع. أشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية هذا الأسلوب في علاج الأرق، وزيادة إجمالي وقت النوم، وتحسين كفاءة ونوعية النوم. واستمرار هذا التحسن لأكثر من (36) أسبوعاً من المتابعة.

وأجريت على مستوى الوطن العربي بعض الدراسات التي اهتمت بموضوع الأرق لدى المراهقين، كالدراسة التي قام بها أبو هين (2008)؛ لمعرفة أثر استخدام تقنيات الإرشاد السلوكي في تخفيف حدة أرق النوم الناتج عن التعرض للصدمات النفسية لدى عينة من طلبة جامعه الأقصى بغزة، تكونت عينة الدراسة من (27) طالباً وطالبة موزعين على مجموعتين، تجريبية وضابطة، تكونت المجموعة التجريبية من (11) طالباً وطالبة، بينما تضمنت المجموعة الضابطة (16) طالباً وطالبة. أشارت نتائج الدراسة إلى تغيرات كبيرة في حالة النوم لدى أفراد المجموعة

التجريبية، عند مقارنتهم بأفراد المجموعة الضابطة فقد كانت مستوى الدلالة (0,01) مما يدل على انخفاض حالة الأرق عند أفراد المجموعة التجريبية عما كان عليه قبل حصولهم على البرنامج الإرشادي، كما تحسن مستوى القلق المرتبط بالأرق لدى أفراد المجموعة التجريبية عند مقارنتهم بالمجموعة الضابطة، ومقارنتهم بما كانوا عليه قبل حصولهم على البرنامج الإرشادي، مما يؤكد دور الإرشاد الجمعي السلوكي والإرشاد الديني في علاج مشكلة الأرق عند أفراد المجموعة التجريبية.

أما دراسة حنور (2004)، فقد اهتمت ببحث فعالية برنامج معرفي سلوكي لتخفيف حدة اضطراب الأرق لدى عينة من طلاب وطالبات الجامعة؛ لمعرفة درجة انتشار اضطرابات الأرق لدى عينة الدراسة في جامعة طنطا بكفر الشيخ، حيث بلغت عينة الدراسة الاستطلاعية (413) طالباً وطالبة من طلبة كلية التربية في الجامعة بمختلف السنوات الدراسية، تكونت عينة الدراسة التجريبية من عشرين (20) طالباً وطالبة من مختلف السنوات، بلغ متوسط أعمارهم بين(21-18) سنة، وقد قسم الباحث العينة إلى مجموعتين: ضابطة بلغ عدد أفرادها عشرة (10) طلاب (5) ذكور و(5) إناث، وتجريبية: تكونت من عشرة (10) طلاب (5) ذكور و(5) إناث. توصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد المجموعتين الضابطة و التجريبية، ولصالح المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج على مقياس الأرق، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد المجموعة التجريبية للقياسين القبلي والبعدي على مقياس الأرق.

وعلى الصعيد المحلي في الأردن فقد أجرى الشطرات (2001)، دراسة هدفت لفحص أثر برنامج إرشاد جمعي سلوكي معرفي في علاج الأرق وخفض التوتر لدى عينة من طلبة جامعة البلقاء التطبيقية / كلية السلط، تألفت عينة الدراسة من (24) طالباً وطالبة من طلبة كلية السلط ممن راجعوا قسم الإرشاد النفسي والتربوي؛ بناءاً على إعلان هدف إلى تقديم المساعدة للطلبة الذين يعانون من الأرق. تم اختيار أفراد العينة من الطلبة الذين انطبقت عليهم المعايير التشخيصية الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM-IV)، والذين حققوا أعلى درجات على مقياس الأرق الذي قام الباحث بتصميمه. كما تم توزيع الأفراد عشوائياً إلى مجموعتين: تجريبية وعدد أفرادها (12) طالباً (8 إناث، 4 ذكور)، وضابطة وعدد أفرادها (12) طالباً (6 إناث، 6 ذكور). تلقى أفراد المجموعة التجريبية برنامجاً إرشادياً سلوكياً معرفياً، في حين لم يتلق أفراد المجموعة الضابطة أي برنامج إرشادي. وقد أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة ولصالح المجموعة

التجريبية على جميع أبعاد مقياس التوتر. وخلصت الدراسة إلـــى نتيجـــة مفادهـــا أن البرنـــامج الإرشادي السلوكي المعرفي كان فعالاً في خفض التوتر على جميع الأبعاد، كما كان فعالاً فـــي علاج الأرق على الأبعاد المتعلقة بالعلاقات البين شخصية، والاستمرار والاســـتغراق والابتـــداء في النوم.

ثالثاً: دراسات تناولت العلاقة بين الانفعالات والأرق.

قام زوهار وزملاؤه (Zohar,et al., 2011) بإجراء دراسة لتحديد آثار قلة النوم عنـــد الأطباء المقيمين في المستشفيات الإسرائيلية وردود أفعالهم الانفعاليـــة أثنـــاء العمـــل (نمـــوذج معرفي). وهدفت الدراسة لبحث العلاقة بين قلة النوم والتفاعل العاطفي عند الأطباء المقيمـــين؛ حيث تلعب قلة النوم دوراً مهماً في خفض الطاقة المعرفية والتفاعل العاطفي ومتطلبات العمـــل. تم إجراء الدراسة في أربع مستشفيات، تضمنت (15) قسماً منها، وبلغـــت عينـــة الدراســـة (78) طبيباً مقيماً، وقد تراوحت أعمارهم بين (39-26) سنة. قام الباحث بقياس دورات النوم واليقظة لخمس إلى سبع فترات للنوم، كما فحص التفاعل العاطفي لدى الأطباء من خلال ثلاث مكالمـــات عشوائية لمدة (3) أيام متتابعة أثناء عملهم، وطلب منهم ملء استبانات تتعلق بتغييـــر الظـــروف خلال (15) دقيقة وما يتعلق بها لمعدل الاستجابة العاطفية، و تم قياس درجـــة التعـــب والمـــزاج لهؤلاء الأطباء قبل التقييم. أشارت نتائج هذه الدراسة إلى أن قلة النوم تعمل على زيادة المشاعر السلبية وتعمل على تكثيفها، كما تزيد من التعب البدني والنفسي أثناء النهار، كما أشارت النتـــائج أن تخفيف المشاعر السلبية وزيادة المشاعر الإيجابية يرفع من كفاءة ونوعية العمل، وبينـــت أن قلة النوم تؤدي إلى انخفاض العواطف الإيجابية، واعتبرت نتائج الدراسة أن قلة النوم تزيد مـــن الأحداث والأعمال السلبية وتحد من الآثار الإيجابية.

وأجرى فوسس وزملاؤه (Fosse.et al., 2011) دراسة حول العلاقة بين الوقت المقضي في السرير والنوم والاكتفاء العاطفي (Sufficiency-Emotional) والسلوكي عند الأطفال الـــذين تتراوح أعماهم بين (12 -10) سنة، بلغ عدد أفراد عينة الدراسة (5095) طفلاً، حيث تـــم تحديـــد مشاكلهم العاطفية والسلوكية باستخدام الاستبانات، وجمع المعلومـــات مـــن الآبـــاء والأمهـــات والمعلمين. أشارت نتائج الدراسة إلى ارتباط مشاكل النوم والمشاكل السلوكية والعاطفية بالوضع الاقتصادي والاجتماعي للأطفال، وارتبطت أيضاً بالأعراض النفسية واضطرابات النشاط الزائد (Hyperactivity) عند الأطفال، وبينت أن الأطفال الذين يعانون من الاضـــطرابات النفـــسية أو الاضطرابات السلوكية يقضون وقتاً أطول في السرير قبل النوم، ويعانون من اضطرابات النوم.

وأشار سوفير دوديك وزملاؤه (Soffer-Dudek,et al., 2011) بدراسته إلـــى أن ســـوء نوعية النوم تتنبأ بـــنقص مهـــارات معالجـــة المعلومـــات العاطفيـــة (Emotion information Processing) أثناء مرحلة المراهقة المبكرة، حيث تعتبر معالجة المعلومات العاطفية مؤشراً رئيساً على الكفاءة الاجتماعية (Social-Competence) التي تعتبر مهمة؛ نظراً لتغيرات النمـــو وزيـــادة النضج، وتكونت عينة الدراسة من (94) مشاركاً من الأطفال في المدارس الابتدائية في تل أبيب (53) من الإناث و(41) من الذكور بلغت أعمارهم (10) أعوام. وتم اختيار الوجه كإطار محايـــد للتعبير العاطفي، كما تم تقييم ومتابعة النوم لمدة سبعة أيام من خلال مراقبـــة الاســـتيقاظ أثنـــاء النوم، أو الاستيقاظ الباكر في الصباح، وانخفاض كفاءة النوم، ومراقبة الحالة العاطفية. أشـــارت نتائج الدراسة إلى ارتباط سوء نوعية النوم بخطر معالجة المعلومـــات العاطفيـــة فـــي مرحلـــة المراهقة المبكرة؛ كونها مرحلة نمو حساسة من جميع جوانبها الاجتماعية والعاطفية والسلوكية.

وأجرى مكلينيكي وزملاؤه (Mc Glinchey, et al., 2011) دراسة لمعرفة أثر الحرمـــان من النوم على التعبير العاطفي عند المراهقين والبالغين، بلغ عدد أفـــراد عينـــة الدراســـة (55) مشاركاً (38) من المراهقين الذكور والإناث، تراوحت أعمارهم بين (17-11) سنة و(17) مشاركاً من البالغين تراوحت أعمارهم بين (60-30) سنة، استخدم الباحث عدة طرق لفحص أثر الحرمان من النوم على التعبير العاطفي عند المشاركين منها المقابلات مع المشاركين استمرت مدتها ست ساعات مستمرة، وقام الباحث بتحليل المقابلات المتعلقة بالتعبير الانفعالي عـــن طريـــق تحليـــل النص المحسوب. أشارت النتائج إلى انخفاض المشاعر السلبية عند المشاركين المراهقين الـــذين تمت مقابلتهم، كما بينت النتائج انخفاضاً ملموساً في المشاعر السلبية عند البالغين أيضاً وبـــنفس الطريقة المحوسبة لتحليل النص، كما أظهرت زيادة المشاعر الإيجابية لجميع المشاركين، كمـــا ركزت النتائج على أهمية النوم لتحقيق الأداء الانفعالي عنـــد البـــالغين، كمـــا وتـــشير إلـــى أن المراهقين أكثر عرضة للتقلبات الانفعالية المؤثرة على نومهم.

وبحث تايلور وزملاؤه (Taylor, et al., 2011) بدراستهم العلاقة بـــين الأرق ومـــشاكل الصحة النفسية عند الشباب والبالغين من طلاب كلية جامعة تكـــساس فـــي الولايـــات المتحـــدة الأمريكية، تكونت عينة الدراسة من (373) طالباً من الذكور والإناث بلغ متوسط أعمارهم (21) سنة، تمت عملية تقييم الأرق من خلال التقارير الذاتية لطبيعة النوم الليلي والتحقق مـــن ظهـــور أعراض الأرق التي حددها الدليل الإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM-IV). أشـــارت النتائج إلى شيوع الأرق بين الشباب بنسبة (9.4%) ويـــسبب لهـــم بـــبعض المـــشاكل النفـــسية

كاضطراب الجسدنة (Somatization-Disorder) أو الاكتئاب والقلق والوسواس القهـــري، كمـــا أشارت النتائج إلى الارتباط بين مشاكل الصحة النفسية والأرق.

وهدفت الدراسة التي قام بها باليوني وزملاؤه (Baglioni,et al, 2010) إلى بيان العلاقة بين الأرق والعواطف حيث أوضحت الدراسة تعريفاً للأرق يتمثل في صعوبات بــدء النـــوم أو الاستمرار فيه أو النوم المتقطع مما ينعكس سلباً على أداء الفرد أثناء النهار ولمدة تستمر أكثـــر من أربعة أسابيع. أشارت النتائج أن التفاعل العاطفي السيئ يساهم فـــي إحـــداث القلـــق والأرق والعصبية، ويحدث اضطرابات عاطفية لدى الأفراد، وربطت الدراسة بـــين التكـــافؤ والتفاعـــل العاطفي وسوء نوعية النوم كما ربطتها مع المشاعر السلبية التي تؤدي إلى خفــض فـــي كميـــة النوم والعكس من ذلك في المشاعر الإيجابية، وأكدت الدراسة على أهمية البحث عن العلاقة بين الانفعالات والأرق، كما تؤمن الدراسة بأهمية التفاعل العاطفي في خفض أعراض الأرق.

وقام تومباستا وزملاؤه (Tempesta,et al., 2010) بدراسة لتحديد آثار قلة النـــوم علـــى المثيرات العاطفية، حيث بينت أن قلة النوم تؤثر على الجانب الإدراكي والعاطفي للفرد، تكونـــت عينة الدراسة من (40) طالباً من طلبة جامعة لاكويلا في ايطاليا تم تقسيمهم إلـــى مجمـــوعتين: مجموعة لا تعاني من قلة النوم وعددهم (20) طالباً وتم اختبارهم قبل وبعد ليلة واحدة من النـــوم في المنزل، ومجموعة ثانية وعددها (20) طالباً تعاني من قلة النوم وتم اختبارهم بعد ليلة واحدة من النوم، حيث عرض عليهم (180) صورة انقسمت إلى (90) صورة قـــدمت كاختبـــار و (90) صورة كإعادة الاختبار، وصنفت هذه الصور على أنها ممتعة، أو غير سارة، أو محايدة، وطلب الباحث من المشاركين الحكم على ردود أفعالهم الانفعالية أثناء عرضه للصور والتقييم الـــذاتي، وحصل على تقييمٍ حول المزاج الشخصي. وأشارت النتائج إلى زيادة الحالة الانفعاليـــة الـــسلبية لدى المشاركين من بعض الصور المحايدة والصور غير السارة، كما انخفضت القدرة الإدراكية لدى المشاركين (مجموعة الحرمان من النوم) عند عرض الصور السلبية، و أكدت على ارتبـــاط المزاج السلبي بالصور السلبية عند أفراد المجموعة التي تعاني من الحرمان من النوم.

وهدفت الدراسة التي أجراها هلم وقوجار ووكر (Helm, Gujar & Walker, 2010) إلى تحديد تأثير الحرمان من النوم على القدرة على التعرف على العواطف البشرية، حيث أجريـــت هذه الدراسة في مختبر النوم الخاص بالتجارب. وتكونت عينة الدراسة من (37) مـــشاركاً (21) من الإناث و (16) من الذكور تراوحت أعمارهم بين (25-18) سنة، قسم الباحث أفـــراد عينـــة الدراسة إلى مجموعتين مجموعة لا تعاني من قلة النوم وبلغ عدد أفرادها (17) مشاركاً بينما بلغ عدد أفراد المجموعة الثانية والتي يعاني أفرادها من قلة النوم (20) مشاركاً، يطلب الباحث مـــن

المشاركين التعرف على الوجوه العاطفية حيث تقسم تلك الوجوه إلى ثلاث أقسام: حزين، سعيد، وغضبان، نفذ المشاركون في المجموعة الثانية هذه المهمة لمرة واحــدة خــلال فتــرة إجــراء الدراسة بينما ينفذ أفراد المجموعة الأولى هذه التجربة مرتين شريطة أن يكون لديهم اكتفاء مــن النوم. أشارت النتائج أن الحرمان من النوم يؤدي إلى الإحباط بشكل واضح ويعيق قدرة الفــرد على التعبير العاطفي، حيث يميل المشاركون الذين يعانون من قلة النــوم إلــى اختيــار الوجــه العاطفي الذي يعانى من الغضب أكثر من اختيارهم للوجه العاطفي الذي يعــانى مــن الــسعادة، بينما تميل الإناث إلى عدم الاعتراف بالتعبيرات العاطفية الحزينة، وأظهرت النتائج أن الحرمان من النوم يعيق قدرة الفرد على التعبير العاطفي، مما ينتج عنه تراجعــاً فــي علاقــات الفــرد الاجتماعية.

وأجرى فاندي كريجوف وكلودتس (Vandekerckhove & Cluydts, 2010) دراسة هدفت إلى البحث في أحداث الحياة الضاغطة والنوم، حيث تؤكد نتــائج الأبحــاث أن أحــداث الحيــاة الضاغطة والأحداث الانفعالية تؤثر على نوعية النوم والسعادة النفسية، فمن الواضح أن الضغوط النفسية أثناء النهار يكون لها تأثير متباين على النوم من خلال التأثير علــى وظــائف الجــسم، وأنماط النوم، ومحتوى الأحلام والانفعالات المتعلقة بها على الرغم من أن دورها الــدقيق غيــر واضح لغاية الآن، كما تعتبر زيادة حركة العــين الــسريعة (REM) (Rapid Eye Movement) مؤشراً على اضطرابات النوم مما يؤثر سلباً على نوعية وكيمة النوم والطريقة التي تتفاعل مــع هذه الأحداث، وقد تكون عاملاً حاسماً في تحديد السعادة النفسية العامة، في حين أن الحرمان من النوم يجعلنا أكثر حساسيةً للمؤثرات الانفعالية والأحداث الضاغطة على وجه الخــصوص، كمــا تؤثر طريقة النوم على المزاج العاطفي من خلال حركة العين السريعة أثناء النوم (REM).

وأجرى أنجين وزملاؤه (Engin, et al., 2010) دراسة حول الغضب و خصائص الأفراد الذين يعانون من العجز عن التعبير الانفعالي (Alexithymic) من المرضى المشخصين بــالأرق: للمقارنة بين خصائص الأشخاص العاجزين عن التعبير الانفعالي والغضب كسمة انفعاليــة عنــد الأشخاص الذين يعانون من الأرق، والأشخاص الذين لا يعانون منه. بلــغ عــدد أفــراد عينــة الدراسة (192) شخصاً، قسم الباحث أفراد عينة الدراسة إلى مجموعتين متساويتين : المجموعة التجريبية بلغ عدد أفرادها (96) شخصاً ممن يعانون من اضطرابات النوم والأرق ممن راجعوا مستشفيين من مستشفيات كلية الطب التركية، بينما بلغ عدد أفــراد المجموعــة الــضابطة (96) شخصاً لا يعانون من الأرق أو أي من الاضطرابات أو الأمراض النفسية. استخدم الباحث ثلاثة نماذج لجمع البيانات البحثية: نموذج يتعلق بالخصائص الاجتماعية والديمغرافية، ونموذج يقــيس

حجم العجز عن التعبير الانفعالي، ويقيس النموذج الأخير سمة التعبير عن الغضب. أظهرت النتائج أن الأشخاص الذين يعانون من الأرق لديهم خصائص العجز عن التعبير الانفعالي أكبر بكثير من أفراد المجموعة الضابطة، كما أظهرت النتائج أن الأشخاص الذين يعانون من الأرق سريعوا الغضب والتعبير عنه وضعف السيطرة عليه، مقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة، واقترحت الدراسة الحصول على بيانات شاملة للمرضى الذين يعانون من اضطرابات النوم وإجراء التدخلات العلاجية والتدريبات الخاصة بإدارة الغضب وطرق التعبير عنه كعلاج شمولي.

وقام لارا كارسكو وزملاؤه (Lara-Carrasco,et al., 2009) بإجراء دراسة حول استبدال الحرمان من النوم والأحداث العاطفية السلبية بالتكيّف العاطفي والأحلام العاطفية، وبلغ عدد أفراد عينة الدراسة (35) فرداً تم تقسيمهم عشوائياً إلى مجموعتين: مجموعة ضابطة بلغ عددها (18) فرداً ومجموعة تجريبية بلغ عددها (17) فرداً تم إجراء التجارب في مختبر النوم خلال فترة الصباح والمساء، كما تم العمل على تصنيف العواطف باستخدام جداول عاطفية. وقد أظهرت النتائج أن زيادة حركة العين السريعة والحرمان من النوم يسبب الصور السلبية عند الفرد، كما أوجدت علاقة بين شدة العاطفة والحلم وأنواع الصور التي يشاهدها المشارك، وأشارت إلى قدرة أفراد المجموعة التجريبية على التكيّف العاطفي مع الصور أو الأحداث العاطفية السلبية مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة.

وأجرى فرانزن وزملاؤه (Franzen,et al., 2009) دراسة تجريبية لقياس تأثير الحرمان من النوم على التفاعل العاطفي وحدقة العين (Pupillary Eye) لدى الشباب الأصحاء، وتكونت عينة الدراسة من (30) مشاركاً من الذكور والإناث من الأشخاص الذين يعانون من الحرمان من النوم، وتم إجراء الدراسة في مختبر النوم لمراقبة طبيعة نوم المشاركين، وقام الباحث بفحص تأثير الحرمان من النوم على حدقة العين والحالة الانفعالية للفرد، من خلال عرض بعض الصور السلبية والإيجابية والمحايدة. أظهرت النتائج تفاعل الحدقة مع الصور السلبية بسبب الحرمان من النوم، كما أشارت النتائج إلى أن الحرمان من النوم يرتبط بردود الفعل العاطفية، وزيادة حدة الاضطرابات النفسية.

كما وقام كليجر وزملاؤه (Killgore,et al., 2008) بدراسة حول آثار الحرمان من النوم في التقليل من مهارات الذكاء العاطفي ومهارات التفكير البناء؛ نظراً لأن عدم كفاية النوم تؤثر سلباً على المهارات المعرفية البسيطة والمعقدة، بالرغم من تأكيد الدراسات على آثار قلة النوم على المزاج والقدرات المعرفية التي تعتبر أساسية لعملية التكيّف. بلغ حجم أفراد عينة الدراسة

(26) متطوعاً (21 من الذكور و5 إناث) تراوحت أعمار المشاركين بين (20 إلى 35) عاماً أجـــرى الباحث اختبار بار أون (Bar-On) في الذكاء العاطفي على المتطوعين المحرومين مـــن النـــوم لمدة تزيد عن (55,5) ساعة مستمرة من النوم لتحديد مدى امتلاكهم لمهارات الـــذكاء العـــاطفي، كما طبق الباحث على المتطوعين اختبار مهارات التفكيـــر المجـــرد Constructive Thinking) (Inventory) (CTI) لتحديد درجة امتلاكهم لعمليات ومهارات التفكير البناء. أشارت نتائج الدراسة إلى ارتباط الحرمان من النوم بانخفاض درجات الذكاء العاطفي عند الشخص نفسه مـــن حيـــث انخفاض الاعتبار الذاتي، وتأكيد الذات، والشعور بالاستقلال، وتحقيق الـــذات، كمـــا تـــنخفض المهارات العاطفية بين الأفراد والعلاقات الشخصية من حيث انخفاض التعاطف تجاه الآخـــرين ونوعية العلاقات الشخصية، ومهارات إدارة الضغوط، وانخفاض الرقابـــة الذاتيـــة، وتتراجـــع المهارات المعرفية والسلوكية كانخفاض التفكير الإيجابي والتوجه إلى العمل وزيـــادة الاعتمـــاد على الخرافات وعمليات التفكير السحري. تتوافق هذه النتائج مع نموذج السلوك العصبي الـــذي يشير إلى أن قلة النوم تنتج تغييرات مؤقتة في الدماغ وفـــي العمليـــات المعرفيـــة، والعاطفيـــة، والسلوكية مما ينتج ضعفاً خفيفاً في الفص الجبهي للدماغ.

وقام هاميلتون وزملاؤه (Hamilton,et al. 2007) بدراسة لتقييم العلاقة بـــين أعـــراض الأرق والأبعاد النفسية الذاتية والسعادة النفسية، لتحديد الأمراض الجسدية والنفـــسية المحتملـــة، تكونت عينة الدراسة المسحية من الأشخاص البالغين بعد أن تم تحديد الخصائص الديموغرافيـــة وأمراض الصحة النفسية والجسدية في الولايات المتحدة الأمريكية. أشـــارت النتـــائج أن هنـــاك علاقة كبيرة بين كل من الأبعاد النفسية والذاتية وأعراض الأرق، وبرزت العلاقة بشكل أقـــوى بين الأرق والسعادة النفسية، كما أكدت النتائج أن أعراض الأرق تؤثر على سعادة الفرد النفسية والاستمتاع بالحياة.

كما وقام كي تشينغ (Kai-Ching, 2007) بدراسة هدفت إلى تقديم نظـــرة عامـــة حـــول الانفعالات قبل وأثناء وبعد الحلم أي بعد النوم عند أفراد الشعب الصيني، وتكونت عينة الدراســـة من (100) مشارك، وركزت الدراسة على الانفعالات الأساسية المتمثلة في المـــرح، الابتهـــاج، والاستمتاع، والقلق. أظهرت النتائج وجود علاقة إيجابية بين شدة الحلم والانفعالات قبل النـــوم، وأظهرت النتائج أيضاً انخفاض في تحليل الانفعالات قبل النوم مقارنـــة بتحليلهـــا بعـــد النـــوم والأحلام.

وأجرى سكوت و جودج (Scott & Judge, 2006) دراسة لبحـــث العلاقـــة بـــين الأرق والعواطف والرضا الوظيفي، بلغ عدد أفراد عينة الدراسة (51) موظفاً، (15)من الـــذكور و(36)

من الإناث يعملون في شركة كبرى في الجنوب الشرقي من الولايات المتحدة الأمريكيــة، وبلــغ متوسط أعمار المشاركين (34.9) سنة. كما بلغ حجم الملاحظات المدونة من خلال المــسوحات اليومية ما يقدر ب (550) ملاحظة. أشارت النتائج إلى ارتباط الأرق بمشاعر العــداء والتعــب وانخفاض مشاعر البشاشة، والانتباه، والرضا المهني، والسعادة النفسية، وكانت النــساء أكثــر تأثراً بأعراض الأرق من الرجال.

ونتمثل الدراسة التي قام بها هارديسون ونيميــر وليــشتين (Hardison, Lichstein & Neimeyer,2005) لبحث العلاقة بين الأرق وأعراض الحزن المعقد لدى طلبة جامعــة ممفــيس الأمريكية المصابين بالفجيعة، تكونت عينة الدراسة من (815) طالباً، الــذين اختبــروا مــشاعر الحزن الناتج عن صدمة حادة، ويعانون من الأرق، مما يؤثر على سلوكيات النوم بنسبة (22%) بينما بلغ معدل معاناة الأشخاص غير المفجوعين (Non-Bereaved) من الأرق بنــسبة (17%). أشارت النتائج إلى ارتفاع نسبة الأرق عند الأشخاص الذين عاشوا خبرة الفجيعة أو الثكل خاصةً صعوبة البدء في النوم، والأحلام المفزعة المتعلقة بالفقيد الذي سبب لهم الحزن، مما يدعم ويزيد نسبة الأرق، ويحد من قدرتهم على الدخول في النوم.

كما هدفت الدراسة التي أجراها مورن و رودريغ وايفرز (Morin, Rodrigue & Ivers, 2003) إلى تحديد دور الضغط النفسي ومهارات التكيّف مع الأرق الأولي، وبحثت دور الضغط النفسي في إحداث تغيرات في أنماط وعادات النوم، والتسبب في إحداث الأرق الأولي قبل النوم، تكونت عينة الدراسة من (67) مشاركاً (38) من النساء و (29) من الرجال، بلغ متوسط أعمارهم، (39,6) سنة، يعاني (40) شخصاً منهم من الأرق بينما (27) شخصاً منهم ينامون بــشكل جيــد، وأظهرت النتائج أن الأشخاص الذين يعانون من قلة النوم والذين لا يعــانون مــن قلــة النــوم يتساوون في تعرضهم للمواقف الضاغطة في حياتهم، بينما تؤثر الأحداث السلبية الضاغطة على الأشخاص الذين يعانون من الأرق الأولي بشكل أكثر، وينظرون إلى حياتهم على أنها مواقــف ضاغطة ذات علاقة بالعواطف الموجهة نحو مهارات التكيّف، وأفادت النتائج أن العادات المتبعة قبل النوم تساعد على النوم الجيد، كما أظهرت أن هناك علاقات بين الأحداث اليومية والمواقف الضاغطة والنوم، وبينت دور مهارات التكيّف وعادات النوم في نوعية النــوم لــدى الأفــراد، وتوصلت الدراسة إلى استنتاجات مفادها أن التحكم في مصادر الضغط النفسي يساعد في خفض الأرق والأحداث الضاغطة في الحياة، وبينت دور العلاج الطبي والتدريب على مهارات التكيّف لخفض حجم التوتر والضغط النفسي.

رابعاً: دراسات تناولت العلاقة بين الانفعالات ومفهوم الذات:

أجرى هسية وسترايت (Hsieh & Stright, 2012) دراسة حول العلاقة بين استراتيجيات تنظيم العاطفة ومفهوم الذات، ومشاكل التدخل عند المراهقين التايوانيين كأساليب القمع وإعادة التقييم المعرفي ومفهوم الذات وبعض المشاكل البنائية الأساسية، تألفت عينة الدراسة من (438) مراهقاً تراوحت أعمارهم بين (15-13) سنة، بلغ عدد الذكور(223) وعدد الإناث (215) ارتبط القمع سلباً مع مفهوم الذات، مما يؤكد أن مفهوم الذات يتوسط العلاقة في تنظيم العاطفة والمشاكل التدخلية والعاطفية.

وقام سلفادور- فيرير (Salvador-Ferrer, 2012) بدراسة وصفية حول تأثير المجال العاطفي على مفهوم الذات لدى طلبة جامعة الميريا في كندا، وتكونت عينة الدراسة من (134) طالباً (67) من الإناث و (67) من الذكور، وتراوحت أعمار المشاركين بين (18 -60) سنة. أشارت النتائج إلى أن أبعاد الذكاء العاطفي تؤثر على جميع أبعاد مفهوم الذات خاصة مفهوم الذات في العمل والمدرسة، كما أن لبعد الرعاية الانفعالية دور كبير في تشكيل مفهوم الذات.

وبحثت دراسة شارما وبانداهنا (Sharma & Bandhana ,2012) تأثير الذكاء العاطفي والبيئة المنزلية (Home-Environment) والجنس على مفهوم الذات عند المراهقين، وأكدت الدراسة على الدور الرئيس والمتداخل للذكاء الانفعالي والبيئة المنزلية والمدرسية، والقدرة على حل المشكلات. وقد بلغ عدد أفراد عينة الدراسة (1007) من طلبة المدارس الثانوية الحكومية والخاصة في مدينة جامو في الهند، وكان (502) منهم من الذكور و(505) منهم من الإناث، واستخدم الباحث مقياس الذكاء العاطفي لقياس أثره على البيئة المنزلية ومفهوم الذات. أشارت النتائج إلى أن الذكاء العاطفي والبيئة المنزلية لهما تأثير كبير على مفهوم الذات.

وتهدف الدراسة التي قام بها أوثمان ولينج (Othman & Leng, 2011) لمعرفة العلاقة بين مفهوم الذات والدافعية الذاتية وتقرير المصير (Self-Determination) والتحصيل الأكاديمي، لدى طلبة الصفين الخامس والسادس الأساسي في إحدى المدارس الصينية، بلغ عدد أفراد عينة الدراسة (200) طالب، تم جمع البيانات باستخدام استبيان لتطوير الذات (Self-Developed). أشارت النتائج أن هناك ارتباط بين المتغيرات المستقلة (مفهوم الذات، الدافعية الذاتية، وتقرير المصير) والمتغير التابع (التحصيل الدراسي) بشكل ملحوظ، وأبرزت النتائج وجود علاقة إيجابية يين تدني مفهوم الذات والتحصيل الدراسي بين الطلاب، كما أبرزت النتائج وجود علاقة ضعيفة وسلبية بين الدوافع الذاتية والتحصيل الأكاديمي وتقرير المصير.

وقام تويوتا (Toyota ,2011) بدراسة حول اختلاف العلاقة بين الذكاء العـاطفي وتقبـل الذات بين الجنسين لدى الطلبة الجامعيين في اليابان والذين يعانون من التخلف العقلي (a Person Who Eases The Mind)، وبلغت عينة الدراسة (244) طالباً، استخدم المشاركون مقياس الـذكاء العاطفي ومقياس القبول الذاتي (Self-Acceptance) بين جميع مهارات الذكاء العاطفي؛ كـالقبول الذاتي، وإدارة وتنظيم الذات، والتعبير عن العواطف. أشارت النتائج إلى العلاقة الإيجابية بـين التنظيم الذاتي والذكاء العاطفي، كما أشارت إلى تحديد تأثير القبول الذاتي في كل مجالات الذكاء العاطفي.

وأجرى عباس وجنيد الحق (Abbas & Junaid-ul-haq, 2011) دراسة حول العلاقة بـين الذكاء العاطفي وتقدير الذات بين طلبة الجامعات الباكستانية، بلغ عدد أفراد عينة الدراسة (240) طالباً وموظفاً في الجامعات من كلا الجنسين تم اختيارهم عشوائياً، وزع الباحث مقياس الـذكاء الانفعالي وتقدير الذات على المشاركين. وللإجابة على السؤال الأول الذي نصّ على "هل يوجـد علاقة بين الذكاء الانفعالي وتقدير الذات. أظهرت النتائج أن هناك ارتباطاً وعلاقةً إيجابيةً بـين الذكاء الانفعالي وتقدير الذات لكلا الجنسين، في حين كشفت نتائج السؤال الثاني الذي نصّ على "هل توجد فروق في تقدير الذات والذكاء الانفعالي بين الذكور والإناث"، فأشارت النتائج إلى أن الذكاء الانفعالي و تقدير الذات عند الذكور أعلى منه عند الإناث من أفراد عينة الدراسة.

كما قام تامينيفار وسيداية ومحمد أبـادي (Tamannaifar,Sedigh & Mohammadabadi, 2010) بدراسة لمعرفة العلاقة بين الذكاء العاطفي ومفهوم الذات واحتـرام الـذات والتحـصيل الأكاديمي، وقد تم إجراء الدراسة على عينه عشوائية بلغت (6050) طالباً مـن طـلاب جامعـه كاشان لكلا الجنسين، استخدم الباحث اختبار الذكاء العاطفي، واختبار روجرز لتقـدير الـذات. كشفت الدراسة عن وجود علاقة إيجابية بين متوسط التحصيل الأكـاديمي، والـذكاء العـاطفي، ومفهوم الذات فكانت عند الذكور (a=0.42) بينما كانت (a=0.81) لدى الإناث.

وقام جويتز وزملاؤه (Goetz, et al., 2010) بدراسة حول تأثير التخصص والعمر على مفهوم الذات الأكاديمي، والعلاقات العاطفية، حيث هدفت الدراسة إلـى توضـيح العلاقـة بـين المفاهيم الذاتية والأكاديمية، والمشاعر الأساسية (الاستمتاع، والفخر، والقلق، والغضب، والملل) التي يعاني منها طلاب المدارس الثانوية الألمانية في مجال (الرياضيات، والفيزيـاء، واللغتـين الألمانية، والإنجليزية)، تكونت عينة الدراسة من (1710) طالباً من طـلاب المـدارس الثانويـة الألمانية، تم قياس مفهوم الذات الأكاديمي وعلاقته بالمشاعر الأساسية من خلال اختبـار طبقـة الباحث على عينة الدرسة. أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقـة إيجابيـة بـين مفهـوم الـذات

الأكاديمي والمشاعر الأساسية بشكل قوي، كما أكدت النتائج على اختلاف العلاقة بين المشاعر الأساسية ومفهوم الذات الأكاديمي حسب المادة الدراسية (الرياضيات، والفيزياء، واللغتين الألمانية، والانجليزية)، والعمر.

وبحث ناقبول (Nagpal, 2009) بدراسته العلاقة بين الذكاء العاطفي ومفهوم الذات لدى طلبة كليات التربية في جامعة روهتاك في الهند المؤهلين لأن يكونوا معلمين، وتكونت عينة الدراسة من (120) طالباً (60) طالباً من الذكور و (60) طالبة من الإناث. أشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الذكاء العاطفي ومفهوم الذات عند الطلبة المؤهلين لأن يكونوا معلمين من كلا الجنسين، كما وجدت الدراسة أن هناك فروقاً في هذه العلاقة بين الذكور والإناث.

وأجرى لاندا وزملاؤه (landa, et al., 2009) دراسة حول دور الذكاء العاطفي في مفهوم الذات عند طلبة التمريض في جامعة جيان في اسبانيا، هدفت الدراسة إلى البحث في أبعاد الشخصية، وصورة الذات وطرق التعبير عن الذات والوعي بها، وكشف الذات للآخرين، كما اهتمت بالبحث بجوانب الشخصية كاحترام الذات وتقييمها؛ نظراً لكون معرفة الذات تساعد في التطوير المهني، بلغت عينة الدراسة (135) طالباً، تم اختيارهم عشوائيا بناءاً على رغبتهم في تعبئة مقاييس الدراسة. أشارت النتائج إلى العلاقة الإيجابية بين مكونات الذكاء العاطفي وجميع أبعاد مفهوم الذات، كما أكدت النتائج على العلاقة الإيجابية بين الانبساط والمساءلة الشخصية ومفهوم الذات، وأوضحت النتائج العلاقة السلبية بين مفهوم الذات والشخصية العصابية.

كما قام ايقنات وكليبا (Ignat & Clipa, 2009) بإجراء دراسة حول العلاقة بين الذكاء الانفعالي وفاعلية الذات والتطوير المهني لدى عينة من المعلمين، تكونت عينة الدراسة من (91) معلماً من مناطق حضرية وريفية في مدينة سوسيفا في رومانيا، حيث قسمت العينة إلى (7) ذكور و(84) إناث، و(47) معلماً من المناطق الحضرية، و(44) معلماً من المناطق الريفية ولديهم اختلاف في التدريب والكفاءة المهنية وعدد سنوات الخبرة، استخدم الباحث ثلاثة مقاييس تمثلت في مقياس الذكاء الانفعالي، ومقياس الكفاءة الذاتية العامة، ومقياس الكفاءة الذاتية للمعلم. كشفت النتائج عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المعلمين من حيث المستوى التعليمي فيما يتعلق بالذكاء الانفعالي، في حين أكدت تأثير الذكاء الانفعالي على المعلمين من حيث التدريب المستمر على المهارات الانفعالية، وأظهرت النتائج وجود علاقة إيجابية بين الذكاء الانفعالي والكفاءة الذاتية، وبينت أن مهارات الذكاء الانفعالي تساهم في تطوير الكفاءة الذاتية للمعلمين وترفعها.

أما دراسة بارون (Bar-On,200) المشار إليه في (النويران ،2012)، فقد هدفت إلى بحث العلاقة بين الذكاء الانفعالي وتحقيق الذات، حيث تكونت عينة الدراسة من (300) فرد من الكبار البالغين الذكور في شمال أمريكا، واستخدم التقرير الذاتي لقياس الانفعالات، ومقياس الكفاية الاجتماعية، ومقياس بارون للذكاء الانفعالي. أشارت نتائج الدراسة إلى وجود ارتباط ذي دلالة إحصائية بين الذكاء الانفعالي وتحقيق الذات.

وعلى الصعيد المحلي فقد قامت مبيضين (2007)، ببناء برنامج تدريبي في تنمية الذكاء الانفعالي واستقصاء أثره وأثر الجنس في مستوى الدافعية ومفهوم الذات لدى طلبة الصف السابع في مديرية تربية عمان الأولى، حيث تكونت عينة الدراسة من (120) طالباً وطالبة موزعين عشوائيا إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية تكونت من (60) طالباً وطالبةً، ومجموعة ضابطة تكونت من (60) طالباً وطالبة. أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط أداء المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بناء على العلامة الكلية لمقياس مفهوم الذات وتحسن الدافعية ولصالح المجموعة التجريبية.

كما درس المصدر (2007)، العلاقة بين الذكاء الانفعالي ومجموعة من المتغيرات تمثلت في وجهة الضبط وتقدير الذات والخجل، وبلغ حجم العينة (219) طالباً وطالبةً من طلاب المستوى الثالث بكلية التربية بجامعة الأزهر بغزة، وقد تم استخدام مجموعة من المقاييس؛ للحصول على البيانات من أفراد العينة وهي مقياس الذكاء الانفعالي، ومقياس وجهة الضبط، ومقياس الخجل، ومقياس تقدير الذات، وقد توصل الباحث إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرتفعي ومنخفضي الذكاء الانفعالي في تقدير الذات لصالح ذوي الذكاء الانفعالي المرتفع.

وهدفت الدراسة التي أجرتها سعيد (2006) إلى التحقق من أثر برنامج تعلمي مستند إلى نظرية الذكاء الانفعالي في تنمية مفهوم الذات ودافعية التعلم لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا. وقامت الباحثة ببناء برنامج تعليمي مستند إلى نظرية الذكاء الانفعالي يغطي دروس مبحث التربية الإسلامية للصف التاسع الأساسي في الفصل الدراسي الثاني لعام 2005/2006 جميعها وعددها (25) درساً موزعة على مهارات الذكاء الانفعالي الخمس، بواقع حصتين أسبوعياً، وخمس حصص لكل مهارة. بلغ عدد أفراد عينة الدراسة (120) طالباً وطالبة من طلبة الصف التاسع الأساسي في مدارس المفرق الحكومية موزعين عشوائياً إلى مجموعتين: تجريبية وعدد أفرادها (60) طالباً وطالبة، تعرضت لبرنامج تعليمي مستند إلى نظرية الذكاء الانفعالي والمجموعة الضابطة وعدد أفرادها (60) طالباً وطالبة تعرضت للطريقة الاعتيادية في التدريس. أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط الأداء البعدي لأفراد

المجموعة التجريبية ومتوسط الأداء البعدي لأفراد المجموعة الضابطة على العلامة الكلية لمقاييس الدراسة (مقياس مفهوم الذات، ومقياس دافعية التعلم) عند الطلبة الذين تعرضوا للبرنامج، في حين لم يكن هناك أثر للجنس أو للتفاعل بين الجنس والبرنامج على الدرجة الكلية لمقياس مفهوم الذات وأبعاده، وبينت النتائج وجود أثر ذو دلالة إحصائية للتفاعل بين متغير الجنس والمجموعة في تطبيق البرنامج التعليمي على الدرجة الكلية لمقياس دافعية التعلم لصالح الإناث.

كما أجرت الصرايرة (2003)، دارسة هدفت إلى بناء برنامج تدريبي مستند لنظرية جولمان في الذكاء الانفعالي واستقصاء أثره والجنس على مستوى التفكير الإبداعي ومفهوم الذات لدى طلبة الصف السادس في مدرسة جامعة مؤتة النموذجية. بلغ عدد أفراد عينة الدراسة من جميع أفراد مجتمعها من طلبة الصف السادس في العام الدراسي(2003-2002) وعددهم (60) طالباً تم توزيعهم إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية بالتساوي. أظهرت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلاله إحصائية بين متوسط أداء المجموعة التجريبية ومتوسط الأداء لأفراد المجموعة الضابطة وذلك على الدرجة الكلية لمقياس مفهوم الذات.

التعليق على الدراسات السابقة

من خلال استعراض الدراسات السابقة، نجدها أشارت إلى معاناة المراهقين بشكل عام من اضطرابات النوم (الأرق) وطلبة الثانوية العامة بشكل خاص، كما أشارت إلى أن الطلبة الـذين يعانون من الأرق لديهم بعض المشكلات النفسية كالقلق، وضعف الثقة بـالنفس وتـدني مفهـوم الذات مما ينعكس سلباً على صحتهم البدنية والنفسية، وعلاقاتهم الاجتماعية؛ نظراً لشدة الضغوط النفسية والاجتماعية التي تقع على كاهلهم، وحاجتهم الملحة إلى استثمار الوقت؛ بغية الحـصول على معدل أعلى.

كما أوضحت الدراسات السابقة أهمية العلاقة بين الانفعالات واضطرابات النوم، واعتبرت أن عدم الوعي بالانفعالات وعدم القدرة على ضبطها أو التعبير عنها من أهم الأسباب التي تزيد من حدة هذه الاضطرابات. وبينت كذلك فاعلية التدخل الإرشـادي والعلاجـي المـستند علـى المهارات الانفعالية والذكاء الانفعالي مع الطلبة الذين يعانون من الأرق وتدني مفهوم الذات.

لذا فقد حرصت الدراسة الحالية على الإفادة من هذه الدراسات سواء من حيث المـنهج أو من حيث الأدوات والمهارات المستخدمة، ومن أهم ما يميزها عن غيرها من الدراسات الـسابقة بناء برنامج متركز على الانفعالات لخفض الأرق وتحسين مفهوم الذات عند طلبة الثانوية العامة في الأردن؛ نظراً لأن هذا النوع من البرامج الإرشادية لازال في نـشأته الأولـى فـي بلادنـا العربية.

كما نجد أن الدراسات المحلية اقتصرت طرق علاج الأرق عند فئـات المجتمـع بإتبـاع نموذج العلاج السلوكي المعرفي والعلاج الطبي لمساعدة الأفراد على التخلص منه، كما أكـدت الدراسات السابقة على ضرورة بناء البرامج العلاجية الجديدة التي تهتم بهذه الفئـة لمـساعدتهم على التخلص من معاناتهم من الأرق، والوقوف عند الأسباب الرئيسية والكامنة لمعاناتهم، كمـا أن مشكلة الأرق لدى المراهقين وما ينتج عنها من آثار عامة وخاصة علـى شخـصية الفـرد بحاجة إلى بناء برامج وقائية ومساعده لتخليصهم من هذه المشكلة وآثارها المتعـددة كـالتركيز على الانفعالات التي تلعب دوراً جوهرياً في زيادة درجة الأرق وحدته عند المراهقين، لذا فقـد طور الباحث برنامجاً إرشادياً متركزاً على الانفعالات لخفض الأرق وتحسين مفهوم الذات لـدى عينة من طلبة الثانوية العامة في الأردن.

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

يتناول هذا الفصل وصفاً لمجتمع الدراسة وإجراءاتها من حيث: أفرادها، وأدواتها، ومنهجيتها ومتغيراتها، والمعالجة الإحصائية لها.

أفراد الدراسة

تكونت عينة الدراسة من (30) طالباً من الطلبة الذين أظهروا درجات عالية على مقياس الأرق ودرجات متدنية على مقياس مفهوم الذات، ووافقوا على المشاركة في البرنامج التدريبي، وقد بلغ عدد الطلبة الذين أظهروا درجات عالية على مقياس الأرق (48) طالباً، بينما بلغ عدد الطلبة الذين اظهروا درجات متدنية على مقياس مفهوم الذات (38) طالباً، كما تكون مجتمع الدراسة من (112) طالباً من طلبة الثانوية العامة في مدرسة جديتا الثانوية الشاملة للبنين، التابعة لمديرية تربية لواء الكورة، في الفصل الدراسي الأول، للعام 2012/2013. وقد وزع المشاركون عشوائياً إلى مجموعتين: مجموعة ضابطة عدد أفرادها (15) طالباً، وأخرى تجريبية عدد أفرادها (15) طالباً.

أدوات الدراسة: لتحقيق أهداف الدراسة، استخدم الباحث الأدوات الآتية:

1. **مقياس الأرق: ملحق (أ).**

استخدم الباحث مقياس الأرق الذي طوّره الشطرات (2001)، بعد التحقق من مناسبته لأغراض الدراسة؛ حيث بنى الشطرات (2001) الاختبار بالاعتماد على الدليل التشخيصي الرابع (DSM-IV)، والدليل التشخيصي الإحصائي الثالث (DSM3)، ودليل التصنيف العاشر للأمراض (ICD-10)، ودليل التصنيف العالمي للأمراض العصبية (ICD-AN). ويتكون المقياس من (25) فقرة، تمثل كل فقرة منها أحد أعراض الأرق التي يعانيها الفرد خلال الشهر المنصرم على الأقل، وقد شكلت هذه الفقرات ستة أبعاد فرعية هي بعد ابتداء النوم، بعد الاستمرار في النوم، بعد الاستغراق في النوم، بعد تكرار ظهور الأرق، بعد العمل المدرسي، بعد العلاقات البين شخصية. وقد تحقق الشطرات (2001)، من صدق المقياس بإيجاد دلالات الصدق من خلال:

أ- صدق المحتوى:

عرض الشطرات (2001)، المقياس على (25) محكماً مختصاً في العلوم التربوية والإرشاد النفسي للتأكد من صدق المحتوى وللتعرف على ملاءمة المقياس لما وضع من أجله، حيث تألف المقياس من (26) فقرة، وبعد أخذ ملاحظات واقتراحات المحكمين على فقرات

المقياس، تم إجراء التعديلات المطلوبة وإعادته إلى المحكمين الذين أجمعوا على ملاءمته لقيـاس ما وضع لقياسه، وبذلك أصبحت الصورة النهائية للمقياس مكونة من (25) فقرة تمثل كل منهـا عرضاً من أعراض الأرق. وقد توفرت أدلة صدق المحتوى اعتماداً على بناء فقرات المقيـاس جميعها واعتماداً على الأدلة التشخيصية التي استند إليها في بناء المقياس.

ب - الصدق التمييزي:

قام الشطرات (2001)، باستخراج الصدق التمييزي للمقياس، وذلك بالمقارنة بين عينتين متقاربتين في العمر والمستوى التعليمي والثقافي، حيث تم اعتماد المجموعة الأولى التي تتكون من (40) فرداً ممن راجعوا قسم الإرشاد بناءاً على الإعلان الذي قام بتوزيعه، وتبين أنهم يعانون من الأرق وفقاً لمعايير (DSM-IV)، وتم تطبيق مقياس الأرق عليهم، ومقارنتهم مع (40) فرداً تم اختيارهم عشوائياً ضمن شعبة من شعب المواد الحرة.

ولأغراض الدراسة الحالية، تحقق الباحث من صدق المقياس بإيجاد دلالات الصدق من خلال:

أولاً: صدق المحتوى: تم التأكد من صدق محتوى المقياس بعرضه على اثني عشر محكمـاً من المختصين في الإرشاد النفسي والتربوي **(ملحق د)**، لتحديد مدى قياس كـل فقـرة مـن فقرات المقياس للبعد الذي تنتمي له، إضافة إلى تحديد مدى ملاءمة الصياغة اللغوية للفقـرات. واعتمد معيار (80%) كنسبة اتفاق بين المحكمين على الفقرة الواحدة، وفي ضوء هذا المعيـار لم تحذف أية فقرة من فقرات المقياس، في حين جرى تعديل الصياغة اللغوية لبعضها، وتقسيم بعض الفقرات إلى فقرتين مما أنتج ثلاث فقرات إضافية للمقياس، حيـث تـم تقـسيم بعـض الفقرات إلى فقرتين مثل " حاجتي للنوم تجعلني متوتراً وتسبب لي مشكلات مع أسرتي ومـع الآخرين" "أتوتر بسبب حاجتي للنوم مما يسبب لي مشكلات مع أسرتي" والفقرة الثانية هـي" أتوتر بسبب حاجتي للنوم مما يسبب لي مشكلات مع الآخرين"، وبناءاً على اقتراحاتهم أصبح المقياس يتكون من (28) فقرة.

ثانياً: صدق البناء: وللتأكد من صدق بناء المقياس تم حساب معـاملات ارتبـاط كـل فقـرة بالدرجة الكلية على البعد الفرعي لدى عينة تكونت من (38) طالباً من خارج عينة الدراسـة. وقد تراوحت قيم معاملات ارتباط بيرسون لكل فقرة من فقرات المقياس بالبعد كـالآتي: بعـد ابتداء النوم ما بين (0,69-0,82)، وتراوحت قيم معاملات ارتباط بيرسون لبعد الاستمرار فـي النوم ما بين (0,81-0,82)، فيما تراوحت قيم معاملات ارتباط بيرسون لبعد الاسـتغراق فـي النوم ما بين (0,64-0,78) وتراوحت قيم معاملات ارتباط بيرسون لبعد تكرار ظهور الأرق ما

بين (0,81-0,85)، أما قيم معاملات ارتباط بيرسون لبعد العمل المدرسي فتراوحت ما بـــين (0,70-0,82)، وتمثلت قيم معاملات ارتباط بيرسون للبعد الأخير وهو بعــد العلاقـــات البـــين شخصية ما بين (0,64 -0,80) وتبين هذه القيم أن معامل الارتباط بين كل فقرة والدرجة الكلية للبعد في الأبعاد الستة للمقياس إيجابياً، وهو ارتباط دال إحصائياً، مما يشير إلى صـــدق بنـــاء هذه الفقرات.

ولأغراض الدراسة الحالية تم احتساب صدق الاتساق من خلال استخراج معاملات الارتباط بين مجالات المقياس وبين المقياس الكلي، ويبين الجدول (1) قيم معاملات الارتباط لمجالات مقياس الأرق مع المقياس الكلي.

الجدول 1: معاملات الارتباط بين مجالات مقياس الأرق مع الدرجة الكلية.

العلاقة الارتباطية	ابتداء النوم	الاستمرار في النوم	الاستغراق في النوم	تكرار ظهور الأرق	العمل المدرسي	العلاقات البين شخصية
الاستمرار في النوم	0.50					
الاستغراق في النوم	0.53	0.62				
تكرار ظهور الأرق	0.53	0.49	0.55			
العمل المدرسي	0.37	0.45	0.53	0.61		
العلاقات البين شخصية	0.51	0.58	0.60	0.69	0.76	
المقياس الكلي	0.69	0.73	0.77	0.83	0.81	0.90

يتضح من الجدول (1) أن هناك ارتباط دال إحصائياً عند مستوى الدلالـــة ($\alpha=0.05$) بـــين مجالات المقياس و المقياس الكلي. كما قام الباحث باحتساب معاملات الارتباط بـــين فقـــرات مقياس الأرق حسب المجال والمقياس الكلي، وأبقى على الفقرات التي ارتبطت بالعلامة الكليـــة بأكثر من (0,25). ويبين الجدول (2) هذه المعاملات.

جدول 2 : معاملات الارتباط بين فقرات مقياس الأرق حسب المجال والدرجة الكلية.

المجال	رقم الفقرة	مضمون فقرات مقياس الأرق وفقاً لمجالاته	الارتباط مع: المجال	المقياس
ابتداء النوم	1	أحتاج إلى وقت طويل للدخول بالنوم.	0.69	0.55
	2	لا أستطيع الدخول بالنوم بسبب سيطرة موضوعٍ محددٍ على تفكيري	0.81	0.58
	3	أواجه صعوبة في الشروع في النوم بسبب سيطرة مواضيع متتالية على تفكيري.	0.78	0.47
	4	أواجه صعوبة في الشروع في النوم بسبب مواضيع متداخلة تتطلب التفكير فيها.	0.82	0.54
الاستمرار في النوم	5	أجد صعوبة في الاستمرار في النوم.	0.82	0.54
	6	استيقظ من النوم بعد فترةٍ قصيرةٍ، وأعاني من صعوبة العودة للنوم.	0.81	0.61
	7	أنشغل ببعض الأفكار المزعجة، أو ببعض المشاعر عندما استيقظ من نومي في منتصف الليل.	0.82	0.63
الاستغراق في النوم	8	أشعر أنني غير مرتاح أثناء النوم.	0.75	0.56
	9	أجد صعوبة في الاستغراق في نوم عميق.	0.78	0.57
	10	استيقظ من النوم بسبب الأحلام المزعجة.	0.64	0.52
	11	أشعر بالضيق بسبب عدم قدرتي على الوصول إلى النوم العميق.	0.69	0.57
تكرار ظهور الأرق	12	واجهت صعوبات متتالية في النوم الشهر الماضي.	0.84	0.66
	13	لمْ يمر أسبوع من أسابيع الشهر الماضي إلا واجهت فيه صعوبة في النوم.	0.85	0.71
	14	لمْ تكن ليالي الشهر الماضي مريحة بالنسبة لي.	0.84	0.72
	15	أعاني من الأرق.	0.81	0.68
العمل المدرسي	16	أتغيب عن المدرسة بسبب حاجتي للنوم.	0.70	0.49
	17	أعاني من صعوبة التركيز والانتباه أثناء الحصص بسبب الأرق.	0.75	0.52
	18	يسبب لي الأرق صعوبات في تنظيم أوقات الدراسة.	0.82	0.70
	19	يسبب لي الأرق صعوبات في أداء الواجبات المدرسية.	0.65	0.55
	20	أجد صعوبة في الفهم أثناء القراءة بسبب الأرق.	0.75	0.72
	21	أجد صعوبة في الإجابة على أسئلة الامتحانات بسبب حاجتي للنوم.	0.72	0.62
العلاقات البين شخصية	22	أتوتر بسبب حاجتي للنوم مما يسبب لي مشكلات مع أسرتي.	0.76	0.69
	23	أتوتر بسبب حاجتي للنوم مما يسبب لي مشكلات مع الآخرين.	0.80	0.74
	24	يحرمني الأرق من مشاركة الآخرين نشاطاتهم.	0.71	0.66
	25	أشعر بالتعب والإرهاق أثناء تفاعلي مع الآخرين بسبب الأرق ليلاً.	0.64	0.56
	26	يسبب لي الأرق مشكلات مع أصدقائي.	0.71	0.68
	27	أشعر بالضيق بسبب قلة النوم.	0.67	0.56
	28	أشعر بالعزلة بسبب قلة النوم.	0.79	0.71

يتضح من الجدول (2) أن قيم معاملات الارتباط بين كل فقرة والدرجة الكلية للمقياس إيجابية، وهو ارتباط دال إحصائياً، مما يشير إلى صدق بناء فقرات المقياس.

ثبات المقياس

قام الشطرات (2001)، باستخراج دلالات ثبات المقياس من خلال إعادة تطبيق المقيـــاس على العينة نفسها بعد مضي (4) أسابيع على التطبيق الأولي، وقد كانت قيمة الثبـــات بالإعـــادة التي توصل إليها بإيجاد معامل بيرسون بين الدرجتين على الاختبار (0,81).

ولأغراض الدراسة الحالية قام الباحث بالتأكد من دلالات ثبات المقياس بحساب معامل الارتباط (بيرسون) بطريقة الإعادة وبفاصل زمني مدته أسبوعان، حيث قام الباحث بتوزيع المقياس على (38) طالباً من عينة مماثلة لعينة الدراسة، وقد بلغ معامل ثباث الإعادة للمقياس (0,85)، وهو معامل ثبات يفي بأغراض الدراسة الحالية. كما قام الباحث باستخراج دلالات ثبات المقياس بحساب معامل ثبات الاتساق الداخلي باستخدام معادلة كرونباخ – ألفا للأبعاد الفرعية الستة المكونة للمقياس لعينة مكونة من (38) طالباً ومماثلة لعينة الدراسة، حيث تراوحت قيم معاملات الارتباط لمجالات المقياس ما بين (0,75-0,86) وللمقياس ككل (0,94) ويوضح الجدول (3) هذه القيم والأبعاد.

جدول 3 : معامل ثبات الاتساق الداخلي (كرونباخ- ألفا) لمقياس الأرق.

مقياس الأرق ومجالاته	ثبات الاتساق الداخلي	ثبات الإعادة	عدد الفقرات
ابتداء النوم	0.78	0.87	4
الاستمرار في النوم	0.75	0.89	3
الاستغراق في النوم	0.79	0.86	4
تكرار ظهور الأرق	0.86	0.88	4
العمل المدرسي	0.84	0.82	6
العلاقات البين شخصية	0.85	0.81	7
الكلي للمقياس	0.94	0.85	28

يتضح من الجدول (3)، أن قيم معاملات ثبات الإعادة والاتساق الداخلي لمجالات مقياس الأرق تراوحت ما بين (0,75-0,88) وللمقياس ككل (0,85) وتعد قيم الارتباط هذه دالة إحصائياً، مما يشير إلى ثبات أبعاد المقياس. وأعتبرت دلالات الصدق والثبات التي توصل الباحث إليها كافية لاعتماد هذا المقياس في الدراسة الحالية.

تصحيح المقياس

تكونت الإجابة على المقياس من ثلاثة مستويات متدرجة وهي (غالباً، أحياناً، نادراً)، وقد أعطي للبديل غالباً ثلاث درجات، وللبديل أحياناً درجتان، وللبديل نادراً درجةً واحدةً، حيث تتراوح الدرجات التي يحصل عليها الطالب من (25 – 75) درجة.

2. مقياس مفهوم الذات: ملحق (ب).

استخدم الباحث مقياس مفهوم الذات لتنسي لمؤلفه فتس (Fitts) الذي عرّبه وعدله للبيئة الأردنية وهيبي (1999). يحتوي هذا المقياس على ثمانية أبعاد مكونة من مائة (100) فقرة وصفية يستعملها المفحوص بتصورها على نفسه، ودرجة انطباق الفقرة عليه، باختياره بديلاً من البدائل الآتية (دائماً، غالباً، أحياناً، نادراً، مطلقاً) ويطبق المقياس بصورة فردية أو جماعية من عمر (12-68) سنة، ويمكن تطبيق المقياس على الأفراد الذين يمثلون مستويات التكيّف النفسي المختلفة بدءاً بالعاديين ذوي التكيّف الجيد وانتهاءً بالأشخاص الذهانيين، ويتواجد المقياس على نموذجين: إرشادي وإكلينيكي، وهما يستخدمان نفس الفقرات والفرق بينهما في كيفية استخراج العلامة.

صدق المقياس

تم اختيار سبعةً من علماء النفس كمحكمين لتصنيف الفقرات من حيث كونها تقيس الجوانب المختلفة التي يشملها مفهوم الذات، كما حكموا أيضاً على الفقرات من حيث كونها موجبة وسالبة في محتواها (Fitts,1965). أما دلالات صدق الاختبار في صورته الأصلية فقد استخرجت بعدة طرق:

1- **صدق المحتوى**: تم اعتماد الفقرات التي نالت موافقةً جماعية من قبل لجنة التحكيم من حيث قياسها للجوانب التي وضعت لقياسها.

2- **الصدق التمييزي**: تم اختيار ثلاث مجموعات الأولى من المرضى النفسيين وعددهم (363) شخصاً والمجموعة الثانية من الأفراد العاديين وعددهم (626) شخصاً والثالثة من ذوي التكامل الشخصي العالي وعددهم (75) شخصاً، وقد دل متوسط مجموع العلامات على فروق في الأداء، كشف عنها المقياس بين المجموعات الثلاث.

3- **الصدق التلازمي**: وذلك بالربط بين الدرجات على المقياس المستخدم والمقاييس الأخرى مثل مقياس منيوسيتا متعدد الأوجه للشخصية (M.M.P.I) .

أوجد وهيبي (1999)، دلالات صدق المحتوى عن طريق المحكمين، حيث عرض ترجمة المقياس وصورته الأصلية على ستة محكمين، وتم الأخذ بآرائهم من حيث مناسبة الفقرات ومراعاة عدم تغير الترجمة لمعنى الفقرة وملاءمتها للبيئة الأردنية، أبدى الملاحظون آرائهم في تغير بعض الفقرات وتصحيح الترجمة لغوياً، ولم يوص أيّ منهم بإلغاء أي عبارة من عبارات المقياس.

وتتمثل المجالات التي يقيسها مقياس تينسي لمفهوم الذات بما يلي: **المجال الأول** يتمثل في الشكل والجسم: (Appearance & Physical) وهي عبارات يقدم الفرد فيها نظرته عن جسمه وحالته الصحية ومظهرة الجسدي ومهاراته. **والمجال الثاني** هو الرضا عن الذات ويقيس مدى رضا الأشخاص عن توقعاتهم وأهدافهم وسلوكاتهم التي يقومون بها، وتصف رضا الأفراد عن علاقاتهم بالآخرين. **والمجال الثالث** هو الذات الأخلاقية (Moral-Self) وهي عبارات تصف الذات من إطار مرجعي أخلاقي ويحدد القيم المعنوية والمشاعر في كون الفرد صالحاً أو سيئاً والرضا من الناحية الدينية أو التقصير فيها. ويشتمل **المجال الرابع** على الذات الانفعالية (Emotional –Self) وتقيس اهتمامات الأشخاص ومشاعرهم ورغباتهم وتخيلاتهم وقدرتهم على التحكم في مشاعرهم والضغوط الداخلية والخارجية، وتهتم بقياس قدرة الفرد على الاستقرار الانفعالي والتعبير عن مشاعره واتجاهاته. أما **المجال الخامس** فهو الذات الاجتماعية: (Social - Self) وتشير إلى إحساس الفرد بذاته من خلال تفاعله مع الناس في مجتمعه وإحساسه بقيمته بين الناس بشكل واضح. أما **المجال السادس** والأخير فيتمثل بالذات الأسرية (Family-Self) وتظهر بشعور الفرد بالكفاية والتقدير والقيمة كعضو في أسرة، وتشير إلى إدراك الذات بالرجوع إلى أقرب دائرة وأكثرها مباشرة له في المجتمع، كما وتقيس اتجاهات الأفراد نحو الممارسات الأسرية لوالديه وإخوانه، وتصف علاقات معهم.

ولأغراض هذه الدراسة، تحقق الباحث من صدق المقياس بإيجاد دلالات الصدق من خلال:

أولاً: صدق المحتوى: تم التأكد من صدق محتوى المقياس في صورته الأولية بعرضه على اثني عشر محكماً من الخبراء والمختصين في الإرشاد النفسي والتربوي **(ملحق د)**، لتحديد مدى قياس كل فقرة من فقرات المقياس للبعد الذي تنتمي له، إضافة إلى تحديد مدى ملاءمة الصياغة اللغوية للفقرات. واعتمد معيار (80%) كنسبة اتفاق بين المحكمين على الفقرة الواحدة، وبناءاً على توصياتهم وملاحظاتهم تم حذف بعدين من أبعاد المقياس هما (بعد الذات الشخصية، وبعد الذات الواقعية) ودمج وترتيب فقرات المقياس مع الأبعاد الرئيسية، واختصار المقياس إلى (74) فقرة، كما أجريت تعديلات في الصياغة اللغوية لفقرات المقياس مثل " جسمي سليم صحيا ً" تم تعديل الفقرة لتصبح " أرى أن جسمي سليم صحياً ".

ثانياً: صدق البناء: وللتأكد من صدق بناء المقياس استخرجت معاملات ارتباط كل فقرة بالدرجة الكلية على البعد الفرعي لدى عينة تكونت من (38) طالباً من عينة مماثلة لعينة الدراسة. وقد تراوحت قيم معاملات ارتباط بيرسون لكل فقرة من فقرات بعد الشكل والجسم ما بين (0,30-

0.65)، وتراوحت قيم معاملات ارتباط بيرسون لبعد الرضا عن الذات ما بين (0,45-0,68)، فيما تراوحت قيم معاملات ارتباط بيرسون لبعد الذات الخلقية ما بين (0,42 -0,72)، وتراوحت قيم معاملات ارتباط بيرسون الذات الانفعالية ما بين (0,33 -0,74)، وتراوحت قيم معاملات ارتباط بيرسون لبعد الذات الاجتماعية ما بين (0,23-0,69)، كما تراوحت قيم معاملات ارتباط بيرسون لبعد الذات الأسرية ما بين (0,32-0,80)، وتبين هذه القيم أن معامل الارتباط بين كل فقرة والدرجة الكلية للبعد في الأبعاد الستة للمقياس إيجابياً، وهو ارتباط دال إحصائياً، مما يشير إلى صدق بناء هذه الفقرات. ولأغراض الدراسة الحالية تم احتساب صدق الاتساق من خلال استخراج معاملات الارتباط بين مجالات المقياس وبين المقياس الكلي، ويبين الجدول (6) قيم معاملات الارتباط لمجالات مقياس مفهوم الذات مع المقياس الكلي.

الجدول4: معاملات الارتباط بين مجالات مقياس مفهوم الذات مع الدرجة الكلية.

العلاقة الارتباطية	الشكل والجسم	الرضا عن الذات	الذات الخلقية	الذات الانفعالية	الذات الاجتماعية	الذات الأسرية	مفهوم الذات
الشكل والجسم	1						
الرضا عن الذات	0.54	1					
الذات الخلقية	0.41	0.57	1				
الذات الانفعالية	0.43	0.29	0.53	1			
الذات الاجتماعية	0.41	0.64	0.59	0.31	1		
الذات الأسرية	0.32	0.50	0.62	0.38	0.53	1	
مفهوم الذات	0.68	0.76	0.83	0.67	0.77	0.77	1

يتضح من الجدول (4)، أن هناك ارتباط دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (α =0.05) بين مجالات المقياس وبين المقياس الكلي. كما قام الباحث باحتساب معاملات الارتباط بين فقرات مقياس الأرق حسب المجال والمقياس الكلي، وأبقى على الفقرات التي ارتبطت بالعلامة الكلية بأكثر من (0,25). ويبين الجدول (5) هذه المعاملات.

جدول5: معاملات الارتباط بين فقرات مقياس مفهوم الذات حسب المجال والدرجة الكلية.

المجال	رقم الفقرة	اتجاه الفقرة	مضمون فقرات مقياس مفهوم الذات وفقاً لمجالاته	الارتباط مع: المجال	المقياس
الشكل والجسم	1		أرى أن جسمي سليم صحياً.	0.60	0.36
	2		أبدو وسيما وأنيقاً.	0.62	0.54
	3		أشعر أن حجمي متناسق، لست بديناً ولا نحيفاً.	0.61	0.42
	4	سالبة	أرغب في تغيير بعض الأشياء في شكلي.	0.43	0.22
	5		أشعر أن طولي مناسب، لست طويلاً ولا قصيراً.	0.30	0.25
	6		أعتني بجسمي جيداً.	0.65	0.51
	7		أحرص على مظهري.	0.56	0.41
	8		أعتني بنفسي.	0.63	0.50
	9	سالبة	أعتبر نفسي غير مرتب.	0.55	0.38
	10		أحب مظهري كما هو عليه.	0.53	0.44
	11	سالبة	مهاراتي الحركية ضعيفة.	0.35	0.33
	12	سالبة	أشعر أنني مثقل بالأوجاع والآلام.	0.42	0.29
	13	سالبة	أشعر أنني مريض.	0.43	0.26
الرضا عن الذات	14		أشعر أنني جذاب.	0.54	0.38
	15		أنا شخص أمين.	0.49	0.40
	16		أنا شخص مرح.	0.45	0.28
	17		أنني راضٍ عن أخلاقي.	0.63	0.49
	18		أنني لطيف مع الآخرين.	0.68	0.55
	19		أنا راضٍ عن طريقة تعاملي مع الآخرين.	0.67	0.51
	20		أنني أفعل ما هو صواب.	0.61	0.43
	21		أحل مشاكلي بسهولةٍ وبساطةٍ.	0.56	0.41
	22		أنا شخص ودود.	0.65	0.58
الذات الخلقية	23		أنا شخص مهذب.	0.50	0.50
	24	سالبة	إرادتي الأخلاقية ضعيفة.	0.42	0.37
	25	سالبة	أفكر في أشياء سيئة لا يمكن التحدث عنها.	0.53	0.48
	26		أنا راضٍ عن علاقتي بالله.	0.62	0.50
	27		أمارس العبادات كما يجب.	0.47	0.29
	28	سالبة	أضحك لسماع نكتة خارجة عن القواعد الأخلاقية.	0.54	0.35
	29		أنا متدين كما أحب أن أكون.	0.58	0.43
	30		عليّ أن أكون أكثر أدباً في تعاملي مع الآخرين.	0.45	0.26
	31		أنا ملتزم بتعاليم ديني في حياتي اليومية.	0.72	0.64
	32		أحاول التراجع عندما أعرف أنني أقوم بأشياء غير صحيحة.	0.48	0.36
	33	سالبة	استخدم وسائل غير عادلة لتحقيق هدفي.	0.45	0.41
	34		أصدقائي يثقون بي.	0.58	0.49
الذات الانفعالية	35	سالبة	تنتابني حالة من الغضب.	0.64	0.31
	36	سالبة	أكره كل شيء.	0.68	0.43
	37	سالبة	أشعر أنني افقد عقلي عندما أنزعج.	0.71	0.41
	38	سالبة	أنا غاضب من العالم كله.	0.57	0.36
	39	سالبة	ينتابني الضيق دون سبب.	0.74	0.36
	40		أنا شخص ذكي كما أحب أن أكون.	0.33	0.25
	41	سالبة	أشعر بالرغبة في شتم الآخرين.	0.52	0.37
	42	سالبة	أنا غير ماهر.	0.48	0.23
	43	سالبة	أمارس أنماطاً سلوكية سيئة.	0.61	0.47
	44	سالبة	أهرب من مشاكلي.	0.54	0.35

0.28	0.42	أؤجل عمل اليوم إلى الغد.	سالبة	45	
0.30	0.37	أنا شخص قادر على ضبط نفسي.		46	
0.57	0.59	أنا مهم بالنسبة لأصدقائي وأسرتي.		47	**الذات الاجتماعية**
0.63	0.69	أنا محبوب لدى زملائي.		48	
0.35	0.53	لي شعبية عند الجنس الآخر.		49	
0.59	0.66	أنا اجتماعي بقدر ما أود أن أكون.		50	
0.33	0.45	أبالغ في إرضاء الآخرين.	سالبة	51	
0.49	0.65	أنال إجماع المقربين على حسن سلوكي.		52	
0.26	0.32	أتعايش بصورة جيدة مع الآخرين.		53	
0.23	0.23	أشارك بالقيل والقال.	سالبة	54	
0.35	0.53	أتعامل بشكل عادل مع أصدقائي وأسرتي.		55	
0.40	0.64	أتفهم وجهة نظر الناس من حولي.		56	
0.52	0.68	أتعايش بسهولة مع الآخرين.		57	
0.36	0.39	أرى جوانب حسنة في كل من أقابلهم.		58	
0.26	0.26	أشعر بالراحة أثناء التعامل مع الآخرين.		59	
0.23	0.24	أجد صعوبة في التحدث مع الآخرين.	سالبة	60	
0.23	0.53	تساعدني أسرتي في حل مشاكلي.		61	**الذات الأسرية**
0.56	0.70	أشعر أنني أنتمي إلى أسرة سعيدة.		62	
0.38	0.45	أشعر أنني غير محبوب من أفراد أسرتي.	سالبة	63	
0.33	0.44	أشعر أن أسرتي لا تثق بي.	سالبة	64	
0.44	0.64	أنا راضٍ عن علاقاتي الأسرية.		65	
0.27	0.40	يجب أن أثق بأسرتي أكثر.		66	
0.61	0.73	أعامل والدي كما يجب عليّ معاملتهما.		67	
0.31	0.32	أنا حساس جداً لما تقوله أسرتي عني.	سالبة	68	
0.43	0.63	عليّ أن أحب أسرتي أكثر.		69	
0.62	0.80	أهتم بأسرتي كما يجب.		70	
0.52	0.71	أطيع والديّ.		71	
0.40	0.61	أنجز واجباتي من العمل المنزلي.		72	
0.41	0.56	أتصرف بالطريقة التي تفضلها عائلتي.		73	
0.34	0.47	أتشاجر مع أفراد أسرتي.	سالبة	74	

يتضح من الجدول (5)، أن قيم معاملات الارتباط بين كل فقرة والدرجة الكلية للمقياس موجبة، وهو ارتباط دال إحصائياً، مما يشير إلى صدق بناء هذه الفقرات.

ثبات المقياس

تم استخراج دلالات الثبات للصورة الأصلية من المقياس بطريقة إعادة الاختبار على (60) طالباً بفاصل زمني أكثر من أسبوعين بين التطبيقين، وكان ثبات الدرجة الكلية (0,92) ومن الأدلة الأخرى على ثبات المقياس أن كنجدون (Congdon) استعمل صورة مختصرة من المقياس وحصل على معامل ثبات (0,88) في العلامة الكلية (Fitts,1965).

كما قام وهيبي (1999)، بإعادة الاختبار على عينة مكونه من (47) طالباً وطالبةً في كلية التربية بفاصل زمني مدته ثلاثة أسابيع بين التطبيقين، واستخرج معامل ارتباط بيرسون بين الدرجات في مرتي التطبيق فكان (0,71) وهو دال إحصائياً.

ولأغراض هذه الدراسة، طبق الباحث الاختبار على عينة مماثلة لعينة الدراسة تكونت من (38) طالباً، بطريقة الاختبار وإعادة الاختبار وبفاصل زمني مدته أسبوعان، وقد بلغ معامل ثبات الإعادة للمقياس (0,93)، وهو معامل ثبات جيد ويفي بأغراض الدراسة الحالية. كما قام الباحث باستخراج دلالات ثبات المقياس بحساب معامل ثبات الاتساق الداخلي باستخدام معادلة كرونباخ – ألفا لكافة أبعاد المقياس على عينة مكونة من (38) طالباً ومماثلة لعينة الدراسة، حيث تراوحت قيم معاملات الارتباط لمجالات المقياس ما بين (0,73-0,81) وللمقياس ككل (0,92) ويوضح الجدول (6) هذه القيم والأبعاد.

جدول6: معامل ثبات الاتساق الداخلي (كرونباخ- ألفا) لمقياس مفهوم الذات.

مقياس مفهوم الذات ومجالاته	ثبات الاتساق الداخلي	ثبات الإعادة	عدد الفقرات
الشكل والجسم	0.74	0.89	13
الرضا عن الذات	0.76	0.89	9
الذات الخلقية	0.74	0.78	12
الذات الانفعالية	0.77	0.90	12
الذات الاجتماعية	0.73	0.94	14
الذات الأسرية	0.81	0.95	14
الكلي للمقياس	0.92	0.93	74

يتضح من الجدول (6)، أن قيم معاملات ثبات الإعادة والاتساق الداخلي لمجالات مقياس مفهوم الذات تراوحت ما بين (0,78-0,95) وللمقياس ككل (0,93) وتعد قيم الارتباط ذات دلالة إحصائية، مما يشير إلى ثبات أبعاد المقياس، واعتبرت دلالات الصدق والثبات التي توصل الباحث إليها كافية لاعتماد هذا المقياس في الدراسة الحالية.

تصحيح المقياس

تتضمن الاستجابة للمقياس اختيار المفحوص لكل فقرة بديلاً من خمسة بدائل، هي: (دائماً، غالباً، أحياناً، نادراً، مطلقاً) وفقرات الاستجابة مصاغةً بصورة إيجابية مثل: "أمتلك جسماً سليماً"، والسلبية مثل: "أنا مثقل بالأوجاع والآلام"، ويعتمد تصحيح المقياس على مدرج خماسي(5-1)، حيث تجمع الدرجات في حالة الفقرات الموجبة كما هي، ويتم عكسها في حالة الفقرات السالبة، والتي تشكل العلامة الكلية وبذلك تكون الدرجة الدنيا التي يحصل عليها المفحوص على مقياس مفهوم الذات هي (100) درجة تعبر عن مفهوم منخفض للذات، أما الدرجة العليا فهي (500) درجة وهي قيمة تعبر عن درجة عالية لمفهوم الذات لدى المفحوص.

3. **برنامج الإرشاد المتركز على الانفعالات: ملحق (جـ).**

قام الباحث بإعداد برنامج إرشادي تدريبي حول الإرشاد المتركز على الانفعالات لخفض الأرق وتحسين مفهوم الذات بالاستناد إلى الأدب في مجال الإرشاد النفسي والتربوي،

تكون البرنامج من (14) جلسة تدريبية، مدة الجلسة الواحـدة (55) دقيقـة، وبمعـدل جلسـتين أسبوعياً. يهدف البرنامج إلى مساعدة الطلاب الذين يعانون من الأرق وتدني في مفهـوم الـذات إلى خفض الأرق وتحسين مفهوم الذات والتكيّف بشكل أفضل في حيـاتهم، وتنميـة مهـاراتهم الانفعالية، ومساعدتهم على تحديد مـشكلة الأرق وعلاقتهـا بالانفعـالات، وتحـسين إدراكهـم لمشاعرهم وذواتهم، وتطوير مهارات المـشاركين فـي التعبيـر عـن أفكـارهم ومـشاعرهم واهتماماتهم، بطريقة مناسبة لأنفسهم وللآخرين، ومساعدتهم على فهم وتحليل الانفعالات وتفسير معانيها، وزيادة وعيهم الانفعالي، وتنمية مهاراتهم على التعاطف مع الـذات والآخـرين. كمـا تتضمن كل جلسة مجموعة من الأهداف الخاصة والأساليب والتمرينات والأنـشطة والواجبـات البيتية. كما قام الباحث بعرض البرنامج على ثلاثة عشر محكماً مـن ذوي الاختـصاص فـي مجال الإرشاد النفسي والتربوي **(ملحق هـ)**، وأخذ ملاحظاتهم بالاعتبار. وفيمـا يلـي ملخـص لجلسات البرنامج:

الجلسة الأولى: هدفت هذه الجلسة للتعارف بين المرشد والأعضاء، وبين الأعـضاء أنفـسهم، والتعرف على الإرشاد الجمعي، وأهداف البرنامج، ومهارات الذكاء العاطفي، وتحديـد معـايير العمل الجماعي، وتوقعات الأعضاء، وأخذ موافقتهم على البرنـامج، ووضـع قواعـد العمـل الأساسية في البرنامج.

الجلسة الثانية: هدفت هذه الجلسة لتعريف الأرق ومفهـوم الـذات وعلاقتهمـا بالانفعـالات، وتوضيح مفهوم الأرق وأنواعه، ومفهوم الـذات وأبعـاده، ومفهـوم الانفعـالات ومـصادرها ومكوناتها.

الجلسة الثالثة: هدفت هذه الجلسة إلى زيادة التعرف على عادات النوم لدى الطلبـة وعلاقتهـا بالانفعالات، والتدريب على بعض العادات الجيدة، كما يتم تـدريبهم علـى الأنـشطة التعليميـة المناسبة وبرمجة الجدول اليومي وإعادة ترتيب الدروس.

الجلسة الرابعـة: هدفت هذه الجلسة لتحديد أسباب الأرق الانفعالية وآثارها وانعكاسـاتها علـى الانفعالات، ومساعدة الأعضاء على تحديد أسباب الأرق الانفعالية، وتـدريب الأعـضاء علـى بعض المشاعر الإيجابية قبيل النوم، ومساعدة الأعضاء على وصف حـالتهم الانفعاليـة أثنـاء الشروع في النوم.

الجلسة الخامسة: هدفت هذه الجلسة إلى تدريب الأعضاء على الوعي بالذات والآخرين، حيـث يوضح المرشد مفهوم الوعي بالذات والآخرين، ويـدرب الأعـضاء علـى بعـض المهـارات والأنشطة التي تعزز لديهم الوعي بأنفسهم والوعي بالآخرين، وتدريبهم على بعـض المهـارات

التي تحدد طبيعة مشاعرهم نحو أنفسهم وتساعدهم في تحقيق ذواتهم.

الجلسة السادسة: هدفت هذه الجلسة لتدريب الأعضاء على إدارة الانفعالات وضبطها وفهمها وتحليلها وتفسيرها، وتفسير وتوضيح مفهوم إدارة الانفعالات وضبطها، من خلال الأنشطة التدريبية على مهارات ضبط الانفعالات وإدارتها بشكل جيد من خلال عرض جملة من المواقف التي تساعد الأعضاء على فهم انفعالاتهم وتحليلها وتفسيرها بشكل مناسب.

الجلسة السابعة: هدفت هذه الجلسة لتدريب الأعضاء على الدافعية الذاتية والتحفيز الذاتي، والحاجات العلاقاتية، وتوضيح مفهوم الدافعية الذاتية، والتحفيز الذاتي، وتحديد الحاجات العلاقاتية، وتدريب الأعضاء على بعض المهارات والأنشطة التي تساعدهم على معرفة حاجاتهم العلاقاتية والدافعية الذاتية.

الجلسة الثامنة: هدفت هذه الجلسة إلى مساعدة الأعضاء على تقصي المهارات الاجتماعية وهي التعاطف، والمرونة الاجتماعية، والتفاؤل، والإصغاء الفعال، وتوضيح مفهوم هذه المهارات وسبل تطبيقها وتدريب الأعضاء عليها من خلال لعب الأدوار، وتطبيق مهارات الاتصال، والانتباه للغة الجسد، والاستماع الفعال، والتعاطف مع الآخرين، وتحديد مهارات الأعضاء الاجتماعية، وعرض المواقف والخبرات الحياتية، والواجبات البيتية.

الجلسة التاسعة: هدفت هذه الجلسة لمساعدة الأعضاء على التمييز بين الانفعالات وتنظيمها، من خلال تقاسم الخبرات ومعرفة الاختلافات بين الانفعالات الأساسية والمعقدة، ومعرفة وظائف الانفعالات وآثارها على الجسد، من خلال لعب الأدوار، سواء ما يتعلق منها بخبرة الأعضاء أو التجارب القائمة على السيناريو. لمساعدتهم على إدراك عواطفهم وفهمها، وتكليفهم بواجب بيتي لمراقبة أنفسهم وتصنيف ما ينطبق عليهم من هذه العواطف.

الجلسة العاشرة: هدفت هذه الجلسة لتدريب الأعضاء على التعبير عن الانفعالات والإفصاح عن المشاعر الداخلية، من خلال تقسيم الطلبة إلى مجموعات، والحوار الجماعي بينهم، وتعبير كل منهم للآخر، من أجل الإفصاح عن المشاعر الداخلية، ويطلب منهم كتابة مشاعرهم على ورقة خاصة، والتركيز على اهتمامات ومشاعر كل فرد في المجموعة، كأن يطلب منهم التحدث عن الواقع والمأمول بالنسبة لهم، وتدريبهم على مهارات الكشف الذاتي، والاستبصار الذاتي، والتحدث عن المشاعر الدقيقة من خلال المكاشفة.

الجلسة الحادية عشرة: هدفت هذه الجلسة لإيجاد المعنى الشخصي، وتحمل المسؤولية، والاستقامة الخلقية، من خلال توضيح المعنى الشخصي، ومفهوم تحمل المسؤولية والاستقامة

الأخلاقية، وعرض بعض المهارات والأنشطة التي تساعد الأعضاء على تطبيــق وفهــم هــذه المهارات واكتسابها.

الجلسة الثانية عشرة: هدفت هذه الجلسة لتدريب الأعضاء على الاتزان الانفعالي، مــن خــلال توضيح مفهوم الاتزان الانفعالي وآثار هذا الاتزان على الصحة النفــسية للأفــراد، وتوضــيح وتحديد سمات الأفراد المتزنين انفعالياً من غير المتزنين، وعمل مقارنه بينهم، وتوضيح بعــض المهارات والطرق التي تساعد الأعضاء على التنبؤ بمستقبلهم العاطفي. وتدريبهم علــى تحديــد الانفعالات واستخدامها، وتحقيق التوازن الانفعالي من خلال عرض قائمة من الانفعالات.

الجلسة الثالثة عشرة: هدفت هذه الجلسة لتدريب الأعضاء على النضج الانفعــالي والعلاقــات الاجتماعية عند الأعضاء، وتنمية النضج العاطفي عند المشاركين بتحديــد مكوناتــه وتعريفهــا للأعضاء، وخصائص الأفراد الناضجين انفعالياً من غيرهم، وتدريبهم على كيفية أن يكون محبّا لنفسه قابلاً لها، ومحبا للآخرين ومتقبلاً لهم، ويبادلهم مشاعر الحب وينظر لهم بطريقةٍ إيجابيــةٍ، وتدريبهم على تحمل الإحباطات والتعامل معها، والقدرة على التعــاطف مــع الآخــرين وفهــم مشاعرهم، وبناء العلاقات الاجتماعية الناجحة.

الجلسة الرابعة عشرة: وهي الجلسة الختامية، وهدفت إلى استعراض جلسات البرنامج، والربط بين أفكار البرنامج والعناوين الأساسية التي وردت في جلساته، وتحديد أهــم مكونــات الــذكاء الانفعالي عند الأفراد، ومساعدة الأعضاء في التعبير عن انفعالاتهم وإدارتها وتحليلها وتفــسيرها والوعي الكامل بمشاعرهم ومشاعر الآخرين، ومساعدة الأعــضاء فــي التغلــب علــى الأرق والعوائق التي تساعد على ظهور الأرق عند الأعضاء، والاستماع لآراء وملاحظات الأعــضاء وأفكارهم حول البرنامج، وتطبيق المقاييس البعدية، وإنهاء البرنامج.

منهجية الدراسة:

اعتمدت هذه الدراسة على المنهج التجريبي، حيث حدد الباحث الطلبة الذين يعانون من الأرق وتدني في مفهوم الذات من طلبة الثانوية الذين أظهروا أعلى الدرجات على مقياس الأرق، ودرجات متدنية على مقياس مفهوم الذات، وعددهم (30) طالباً لديهم الرغبة بالانضمام للبرنامج التدريبي، حيث تم توزيعهم عشوائياً إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية، ومجموعة ضابطة. خضع المشاركون في المجموعة التجريبية وعددهم (15) طالباً لبرنامج إرشادي متركز على الانفعالات مكون من (14) جلسة، ولمدة سبعة أسابيع. في حين لم يتعرض المشاركون في المجموعة الضابطة وعددهم (15) طالباً لأية برامج. وقام الباحث بأخذ قياسات قبلية وبعدية لمتغيري الدراسة التابعين (الأرق ومفهوم الذات) لكلا المجموعتين.

إجراءات الدراسة:

قام الباحث بإعداد برنامج إرشادي متركز على الانفعالات لخفض الأرق وتحسين مفهوم الذات. وتم تطبيق مقياسي الأرق ومفهوم الذات على (112) طالباً من طلبة الثانوية العامة في مدرسة جديتا الثانوية للبنين التابعة لمديرية التربية والتعليم لمنطقة لواء الكورة للعام الدراسي 2013/2012، وتكونت عينة الدراسة من (30) طالباً من الطلبة الذين أظهروا أعلى النتائج على مقياس الأرق ودرجات متدنية على مقياس مفهوم الذات، والذين وافقوا على المشاركة في الدراسة. وقد وزع المشاركون عشوائياً إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية عدد أفرادها (15) طالباً خضعوا للبرنامج التدريبي، ومجموعة ضابطة عدد أفرادها (15) طالباً لم يتلقوا البرنامج. كما تم تطبيق مقياسي الدراسة على أفراد العينة قبل البدء بتطبيق البرنامج التدريبي، وذلك لقياس الأرق ومفهوم الذات لديهم. ثم قام الباحث بتطبيق برنامج إرشادي متركز على الانفعالات لخفض الأرق وتحسين مفهوم الذات على الطلاب في المجموعة التجريبية، والمكون من (14) جلسة، بواقع (55) دقيقة لكل جلسة، وبواقع جلستين أسبوعياً. وبعد الانتهاء من تطبيق البرنامج قام الباحث بإعادة تطبيق مقاييس الدراسة على أفراد الدراسة (المجموعتين الضابطة، التجريبية)، لقياس درجة الأرق ودرجة مفهوم الذات لدى أفراد الدراسة. وبعد مرور ثلاثة أسابيع من انتهاء تطبيق البرنامج تم أخذ قياس المتابعة بتطبيق كلا المقياسين (مقياس الأرق، ومقياس مفهوم الذات)، وذلك لمعرفة مدى ثبات فعالية البرنامج التدريبي بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج.

تصميم الدراسة والمعالجة الإحصائية:

متغيرات الدراسة:

المتغير المستقل: البرنامج التدريبي وله مستويان (التدريب وعدم التدريب).

المتغيرات التابعة: (الأرق، مفهوم الذات) وبناء على ذلك يكون التصميم التجريبي كما يلي:

توزيع عشوائي إلى مجموعتين G1,G2

G1 O 1 X O 2 O 3

G2 O 1 - O 2 O 3

المجموعة التجريبية:

تعيين عشوائي - قياس قبلي - البرنامج التدريبي - قياس بعدي.

R O1 X O2 O 3

المجموعة الضابطة:

تعيين عشوائي - قياس قبلي - عدم تقديم البرنامج التدريبي - قياس بعدي

R O1 – O2 O 3

التحليل الإحصائي

للإجابة عن أسئلة الدراسة، حسبت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للقياس القبلي والبعدي لاستجابات الطلبة على مقياس الأرق ومفهوم الذات وفقا لمتغير المجموعة، وتم استخدام تحليل التباين المصاحب (ANCOVA) للتحقق من دلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في الدرجة الكلية للمقياسين، كما تم استخدام تحليل التباين المصاحب متعدد المتغيرات التابعة (ANCOVA) للتحقق من دلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في الدرجات على الأبعاد الفرعية للمقياسين. كما تم استخدام اختبار (t) للعينات المترابطة للتأكد من استمرارية تأثير البرنامج من خلال قياس المتابعة.

الفصل الرابع
نتائج الدراسة

يتضمن هذا الفصل عرضاً لنتائج الدراسة التي تم التوصل إليها، حيث هـدفت الدراسـة إلـى الكشف عن أثر برنامج إرشادي متركز على الانفعالات فـي خفـض الأرق وتحـسين مفهـوم الذات،وذلك عن طريق الإجابة عن كل من أسئلة الدراسة الآتية:

أولاً: سؤال الدراسة الأول الذي نصّ على: **هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسـطي المجموعتين الضابطة والتجريبية في مقياس الأرق؟**

للإجابة عن سؤال الدراسة الأول تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة الأرق الكلية للاستجابتين القبلية والبعدية، فضلاً عـن حـساب المتوسـطين الحـسابيين المعدّلين والخطاء المعياري لدرجة الأرق الكلية للاستجابة البعدية وفقاً لمتغير الدراسة (البرنامج التدريبي)، وذلك كما في الجدول (7).

الجدول 7: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة الأرق الكلية للاستجابتين القبلية والبعدية والمتوسطات الحسابية المعدّلة للاستجابة البعدية والأخطاء المعيارية لها وفقاً لمتغير الدراسة (البرنامج التدريبي).

المعالجة	العدد	الأرق (القبلي)		الأرق (البعدي)			
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي المعدل	الخطأ المعياري
ضابطة	15	1.634	0.38	2.387	0.28	2.366	0.07
تجريبية	15	1.539	0.29	1.049	0.33	1.071	0.07

يتضح من الجدول (7)، وجود فرق ظاهري بين المتوسطين الحسابيين لدرجة الأرق الكلية للاستجابة البعدية ناتج عن اختلاف مستويي متغير الدارسة (البرنامج التدريبي)، وللتحقق من جوهرية الفرق الظاهري سالف الذكر؛ تم إجراء تحليل التباين المصاحب (ANCOVA) لدرجة الأرق الكلية

للاستجابة البعدية وفقاً لمتغير الدراسة (البرنامج التدريبي) بعد تحييد أثر درجة الأرق الكلية للاستجابة القبلية، وذلك كما في الجدول (8)

الجدول 8: نتائج تحليل التباين المصاحب لدرجة الأرق الكلية للاستجابة البعدية وفقاً لمتغير الدراسة (البرنامج التدريبي) بعد تحييد أثر أداء الطلبة عليه للاستجابة القبلية.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية	الدلالة العملية
الأرق (القبلي)	0.631	1	0.631	**8.589**	0.007	%24.13
المجموعة	12.320	1	12.320	**167.630**	0.000	%86.13
الخطأ	1.984	27	0.073			
الكلي	16.038	29				

يتضح من الجدول (8)، وجود فرق جوهري عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين المتوسطين الحسابيين المعدّلين لدرجة الأرق الكلية للاستجابة البعدية يعزى لمتغير الدراسة (البرنامج التدريبي)، لصالح أفراد المجموعة التجريبية الذين تلقوا البرنامج الإرشادي المتركز على الانفعالات مقارنة بنظرائهم من أفراد المجموعة الضابطة الذين لم يتلقوا برنامجاً إرشاديا متركزاً على الانفعالات، مع الإشارة إلى أن الدلالة العملية الخاصة بمتغير الدراسة (البرنامج التدريبي) قد بلغت قيمتها (86.13%).

كما تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة الطلبة على مجالات مقياس الأرق للاستجابتين القبلية والبعدية، فضلاً عن حساب المتوسطات الحسابية المعدّلين والخطاء المعياري لدرجة الطلبة على مجالات مقياس الأرق للاستجابة البعدية وفقاً لمتغير الدراسة (البرنامج التدريبي)، وذلك كما في الجدول (9).

الجدول 9: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة الطلبة على مقياس الأرق للاستجابتين القبلية والبعدية والمتوسطات الحسابية المُعدّلة للاستجابة البعدية والأخطاء المعيارية لها وفقاً لمتغير الدراسة (البرنامج التدريبي).

المجالات	المجموعة	العدد	الاستجابة القبلية		الاستجابة البعدية			
			المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي المعدل	الخطأ المعياري
ابتداء النوم	ضابطة	15	1.713	0.50	2.380	0.50	2.340	0.11
	تجريبية	15	1.570	0.45	1.120	0.51	1.160	0.11
الاستمرار في النوم	ضابطة	15	1.613	0.45	2.320	0.39	2.309	0.13
	تجريبية	15	1.520	0.52	1.080	0.57	1.091	0.13
الاستغراق في النوم	ضابطة	15	1.560	0.45	2.470	0.37	2.454	0.09
	تجريبية	15	1.400	0.34	0.950	0.32	0.966	0.09
تكرار ظهور الأرق	ضابطة	15	1.790	0.49	2.320	0.42	2.289	0.14
	تجريبية	15	1.483	0.41	1.010	0.61	1.041	0.14

العمل المدرسي	**ضابطة**	15	1.694	0.47	2.540	0.38	2.537	0.11
	تجريبية	15	1.680	0.33	1.153	0.51	1.156	0.11
العلاقات البين شخصية	**ضابطة**	15	1.507	0.44	2.280	0.54	2.285	0.11
	تجريبية	15	1.531	0.39	0.983	0.38	0.978	0.11

يتضح من الجدول (9)، وجود فرق ظاهري بين المتوسطين الحسابيين لدرجة الطلبة على مجالات مقياس الأرق للاستجابة البعدية ناتج عن اختلاف مستويي متغير الدراسة (البرنامج التدريبي)؛ وللتحقق من جوهرية الفرق الظاهري سالف النكر؛ تم إجراء تحليل التباين المصاحب (ANCOVA) لدرجة الطلبة على مجالات مقياس الأرق للاستجابة البعدية وفقاً لمتغير الدراسة (البرنامج التدريبي) بعد تحييد أثر درجة الطلبة على مجالات مقياس الأرق كل على حدة للاستجابة القبلية، وذلك كما في الجدول (10).

الجدول 10: نتائج تحليل التباين المصاحب لدرجة الطلبة على مجالات مقياس الأرق للاستجابة البعدية كلٍّ على حدةٍ وفقاً لمتغير الدراسة (البرنامج التدريبي) بعد تحييد أثر درجة الطلبة على مجالات مقياس الأرق للاستجابة القبلية.

المتغير التابع	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط مجموع المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية	الدلالة العملية
إبتداء النوم (البعدي)	**ابتداء النوم (القبلي)**	1.925	1	1.925	**9.998**	0.004	%27.02
	المعالجة	10.202	1	10.202	**52.975**	0.000	%66.24
	الخطأ	5.200	27	0.193			
	الكلي	19.032	29				
الاستمرار في النوم (البعدي)	**الاستمرار في النوم (القبلي)**	0.362	1	0.362	1.543	0.225	%5.41
	المعالجة	11.023	1	11.023	**47.044**	0.000	%63.54
	الخطأ	6.326	27	0.234			
	الكلي	18.220	29				
الاستغرق في النوم (البعدي)	**الاستغراق في النوم (القبلي)**	0.177	1	0.177	1.524	0.228	%5.34
	المعالجة	15.927	1	15.927	**137.295**	0.000	%83.57
	الخطأ	3.132	27	0.116			
	الكلي	20.637	29				
تكرار ظهور الأرق (البعدي)	**تكرار ظهور الأرق (القبلي)**	0.239	1	0.239	0.879	0.357	%3.15
	المعالجة	10.372	1	10.372	**38.172**	0.000	%58.57
	الخطأ	7.336	27	0.272			
	الكلي	20.446	29				
العمل المدرسي (البعدي)	**العمل المدرسي (القبلي)**	0.852	1	0.852	**4.768**	0.038	%15.01
	المعالجة	14.292	1	14.292	**80.030**	0.000	%74.77
	الخطأ	4.822	27	0.179			
	الكلي	20.095	29				
العلاقات البين شخصية (البعدي)	**العلاقات البين شخصية (القبلي)**	0.885	1	0.885	**4.655**	0.040	%14.71
	المعالجة	12.814	1	12.814	**67.385**	0.000	%71.39
	الخطأ	5.134	27	0.190			
	الكلي	18.639	29				

يتضح من الجدول (10)، وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (α =0.05) بين المتوسطين الحسابيين المعدّلين لدرجة الطلبة على مجالات مقياس الأرق للاستجابة البعدية (ابتداء النوم، الاستمرار في النوم، الاستغراق في النوم، تكرار ظهور الأرق، العمل المدرسي، العلاقات البين شخصية) يعزى لمتغير الدراسة (البرنامج التدريبي)؛ لصالح أفراد المجموعة التجريبية الذين تلقوا البرنامج الإرشادي المتركز على الانفعالات مقارنة بنظرائهم من أفراد المجموعة الضابطة الذين لم يتلقوا برنامجاً إرشادياً متركزاً على الانفعالات، مع الإشارة إلى أن الدلالة العملية الخاصة بمتغير الدراسة (البرنامج التدريبي) لكل مجال من مجالات مقياس الأرق للاستجابة البعدية كانت على النحو الآتي: (66.42%) على مجال ابتداء النوم، (63.54%) على مجال الاستمرار في النوم، (83.57%) على مجال الاستغراق في النوم، (58.57%) على مجال تكرار ظهور الأرق، (74.77%) على مجال العمل المدرسي، (71.39%) على مجال العلاقات البين شخصية.

ثانياً: سؤال الدراسة الثاني الذي نصّ على: **هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين** متوسطي **المجموعتين الضابطة والتجريبية في مقياس مفهوم الذات؟**

للإجابة عن سؤال الدراسة الثاني تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة مفهوم الذات الكلية للاستجابتين القبلية والبعدية، فضلاً عن حساب المتوسطين الحسابيين المعدّلين والخطاء المعياري لدرجة مفهوم الذات الكلية للاستجابة البعدية وفقاً لمتغير الدراسة (البرنامج التدريبي)، وذلك كما في الجدول (11).

الجدول 11: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة مفهوم الذات الكلية للاستجابتين القبلية والبعدية والمتوسطات الحسابية المعدّلة للاستجابة البعدية والأخطاء المعيارية لها وفقاً لمتغير الدراسة (البرنامج التدريبي).

المجموعة	القبلي			البعدي			
	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي المعدل	الخطأ المعياري
ضابطة	15	2.746	0.53	3.854	0.26	3.855	0.05
تجريبية	15	2.757	0.33	4.709	0.11	4.708	0.05

يتضح من الجدول (11)، وجود فرق ظاهري بين المتوسطين الحسابيين لدرجة مفهوم الذات الكلية للاستجابة البعدية ناتج عن اختلاف مستويي متغير الدارسة (البرنامج التدريبي)، وللتحقق من جوهرية الفرق الظاهري سالف الذكر؛ تم إجراء تحليل التباين المصاحب (ANCOVA) لدرجة مفهوم

الذات الكلية للاستجابة البعدية وفقاً لمتغير الدراسة (البرنامج التدريبي) بعد تحييد أثر درجة مفهوم الذات الكلية للاستجابة القبلية، وذلك كما في الجدول (12).

الجدول 12: نتائج تحليل التباين المصاحب لدرجة مفهوم الذات الكلية للاستجابة البعدية وفقاً لمتغير الدراسة (البرنامج التدريبي) بعد تحييد أثر أداء الطلبة عليه للاستجابة القبلية.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية	الدلالة العملية
مفهوم الذات (القبلي)	0.257	1	0.257	**8.119**	0.008	%23.12
المعالجة	5.450	1	5.450	**172.324**	0.000	%86.45
الخطأ	0.854	27	0.032			
الكلي	6.593	29				

يتضح من الجدول (12)، وجود فرق جوهري عند مستوى الدلالة (α =0.05) بين المتوسطين الحسابيين المعدّلين لدرجة مفهوم الذات الكلية للاستجابة البعدية يعزى لمتغير الدراسة (البرنامج التدريبي)، لصالح أفراد المجموعة التجريبية الذين تلقوا البرنامج الإرشادي المتركز على الانفعالات مقارنةً بنظرائهم من أفراد المجموعة الضابطة الذين لم يتلقوا برنامجاً إرشاديا متركزاً على الانفعالات، مع الإشارة إلى أن الدلالة العملية الخاصة بمتغير الدراسة (البرنامج التدريبي) قد بلغت قيمتها (%86.45).

كما تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة الطلبة على مجالات مقياس مفهوم الذات للاستجابتين القبلية والبعدية، فضلاً عن حساب المتوسطين الحسابيين المعدّلين والخطأين المعياريين لدرجة الطلبة على مجالات مقياس مفهوم الذات للاستجابة البعدية وفقاً لمتغير الدراسة (البرنامج التدريبي)، وذلك كما في الجدول (13).

الجدول 13: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة الطلبة على مجالات مقياس مفهوم الذات للاستجابتين القبلية والبعدية والمتوسطات الحسابية المعدّلة للاستجابة البعدية والأخطاء المعيارية لها وفقاً لمتغير الدراسة (البرنامج التدريبي).

المجالات	المعالجة	العدد	الاستجابة القبلية		الاستجابة البعدية			
			المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي المعدل	الخطأ المعياري
الشكل والجسم	ضابطة	15	2.839	0.56	3.892	0.39	3.909	0.09
	تجريبية	15	2.922	0.35	4.690	0.37	4.674	0.09
الرضا عن الذات	ضابطة	15	2.936	0.54	4.119	0.46	4.108	0.07
	تجريبية	15	2.877	0.43	4.791	0.03	4.802	0.07
الذات الخلقية	ضابطة	15	2.739	0.45	3.806	0.56	3.809	0.11
	تجريبية	15	2.871	0.45	4.817	0.18	4.813	0.11
	ضابطة	15	2.696	0.74	3.728	0.51	3.705	0.13

الذات الانفعالية	تجريبية	15	2.504	0.45	4.464	0.48	4.488	0.13
الذات الاجتماعية	ضابطة	15	2.546	0.71	3.857	0.42	3.876	0.08
	تجريبية	15	2.718	0.41	4.843	0.19	4.824	0.08
الذات الأسرية	ضابطة	15	2.797	0.79	3.724	0.55	3.706	0.10
	تجريبية	15	2.721	0.49	4.650	0.41	4.668	0.10

يتضح من الجدول (13)، وجود فرق ظاهري بين المتوسطين الحسابيين لدرجة الطلبة على مجالات مقياس مفهوم الذات للاستجابة البعدية ناتج عن اختلاف مستويي متغير الدراسة (البرنامج التدريبي)؛ وللتحقق من جوهرية الفرق الظاهري سالف الذكر؛ تم إجراء تحليل التباين المتعدد المشترك (ANCOVA) لدرجة الطلبة على مجالات مقياس مفهوم الذات للاستجابة البعدية مجتمعة وفقاً لمتغير الدراسة (البرنامج التدريبي) بعد تحييد أثر درجة الطلبة على مجالات مقياس مفهوم الذات للاستجابة القبلية، وذلك كما في الجدول (14).

الجدول 14: نتائج تحليل التباين المصاحب لدرجة الطلبة على مجالات مقياس مفهوم الذات للاستجابة البعدية كلٍّ على حدة وفقاً لمتغير الدراسة (البرنامج التدريبي) بعد تحييد أثر درجة الطلبة على مجالات مقياس مفهوم الذات للاستجابة القبلية.

المتغير التابع	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط مجموع المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية	الدلالة العملية
الشكل والجسم (البعدي)	الشكل والجسم (القبلي)	0.966	1	0.966	**8.683**	0.007	%24.33
	المعالجة	4.351	1	4.351	**39.111**	0.000	%59.16
	الخطأ	3.004	27	0.111			
	الكلي	8.746	29				
الرضا عن الذات (البعدي)	الرضا عن الذات (القبلي)	0.896	1	0.896	**11.965**	0.002	%30.71
	المعالجة	3.602	1	3.602	**48.116**	0.000	%64.06
	الخطأ	2.021	27	0.075			
	الكلي	6.310	29				
الذات الخلقية (البعدي)	الذات الخلقية (القبلي)	0.017	1	0.017	0.094	0.762	%0.35
	المعالجة	7.386	1	7.386	**40.834**	0.000	%60.20
	الخطأ	4.884	27	0.181			
	الكلي	12.569	29				
الذات الانفعالية (البعدي)	الذات الانفعالية (القبلي)	0.607	1	0.607	2.596	0.119	%8.77
	المعالجة	4.479	1	4.479	**19.153**	0.000	%41.50
	الخطأ	6.315	27	0.234			
	الكلي	10.992	29				
الذات الاجتماعية (البعدي)	الذات الاجتماعية (القبلي)	0.478	1	0.478	**5.107**	0.032	%15.91
	المعالجة	6.572	1	6.572	**70.194**	0.000	%72.22
	الخطأ	2.528	27	0.094			
	الكلي	10.293	29				
الذات الأسرية (البعدي)	الذات الأسرية (القبلي)	2.735	1	2.735	**19.127**	0.000	%41.47
	المعالجة	6.918	1	6.918	**48.388**	0.000	%64.19
	الخطأ	3.860	27	0.143			
	الكلي	13.022	29				

يتضح من الجدول (14)، وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (α =0.05) بين المتوسطين الحسابيين المعدّلين لدرجة الطلبة على مجالات مقياس مفهوم الذات للاستجابة البعدية (الشكل والجسم، الرضا عن الذات، الذات الخلقية، الذات الانفعالية، الذات الاجتماعية، الذات الأسرية) يعزى لمتغير الدراسة (البرنامج التدريبي)؛ لصالح أفراد المجموعة التجريبية الذين تلقوا البرنامج الإرشادي المتركز على الانفعالات مقارنة بنظرائهم من أفراد المجموعة الضابطة الذين لم يتلقوا برنامجاً إرشادياً متركزاً على الانفعالات، مع الإشارة إلى أن الدلالة العملية الخاصة بمتغير الدراسة (البرنامج التدريبي) لكل مجال من مجالات مقياس مفهوم الذات للاستجابة البعدية كانت على النحو الآتي: (59.16%) على مجال الشكل والجسم، (64.06%) على مجال الرضا عن الذات، (60.20%) على مجال الذات الخلقية، (41.50%) على مجال الذات الانفعالية، (72.22%) على مجال الذات الاجتماعية، (64.19%) على مجال الذات الأسرية.

ثالثاً: سؤال الدراسة الثالث الذي نصَّ على: **هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجة الأرق البعدية والمتابعة لدى المجموعة التجريبية؟**

للإجابة عن سؤال الدراسة الثالث تم حساب المتوسطين الحسابيين والانحرافين المعياريين لدرجة الأرق الكلية وأبعاده للاستجابتين البعدية والمتابعة، فقد تم استخدام اختبار (t) للعينات غير المستقلة للكشف عن جوهرية الفرق بين المتوسطين الحسابين لدرجة الأرق الكلية ومجالاتها للاستجابتين البعدية والمتابعة، وذلك كما في الجدول (15).

الجدول 15: نتائج اختبار (t) لمتوسطات درجة الأرق الكلية ومجالاتها للاستجابتين البعدية والمتابعة.

مقياس الأرق وأبعاده	التطبيق	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الارتباط	قيمة (t) المحسوبة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
ابتداء النوم	بعدي	1.12	0.51	-0.13	-0.61	14	0.553
	متابعة	1.24	0.51				
الاستمرار في النوم	بعدي	1.08	0.57	0.36	-0.36	14	0.724
	متابعة	1.14	0.57				
الاستغراق في النوم	بعدي	0.95	0.32	0.04	-1.05	14	0.312
	متابعة	1.07	0.32				
تكرار ظهور الأرق	بعدي	1.01	0.61	0.18	-0.30	14	0.769
	متابعة	1.07	0.61				
العمل المدرسي	بعدي	1.15	0.51	0.51	-0.91	14	0.376
	متابعة	1.27	0.51				
العلاقات البين شخصية	بعدي	0.98	0.38	**0.57**	-0.66	14	0.518
	متابعة	1.04	0.38				
الكلي للمقياس	بعدي	1.05	0.33	0.44	-1.00	14	0.335
	متابعة	1.14	0.33				

يتضح من الجدول (15)، عدم وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (α =0.05) بين المتوسطين الحسابيين لدرجة الأرق الكلية وأبعاده للاستجابة البعدية وبين المتوسطين الحسابيين لدرجة الأرق الكلية ومجالاتها لاستجابة المتابعة.

رابعاً: سؤال الدراسة الرابع الذي نصَّ على: **هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجة مفهوم الذات البعدية والمتابعة لدى المجموعة التجريبية؟**

للإجابة عن سؤال الدراسة الرابع تم حساب المتوسطين الحسابيين والانحرافين المعياريين لدرجة مفهوم الذات الكلية وأبعاده للاستجابتين البعدية والمتابعة، وقد تم استخدام اختبار (t) للعينات غير المستقلة؛ للكشف عن جوهرية الفرق بين المتوسطين الحسابيين لدرجة مفهوم الذات الكلية ومجالاتها للاستجابتين البعدية والمتابعة، وذلك كما في الجدول(16).

الجدول 16: نتائج اختبار (t) لمتوسطات درجة مفهوم الذات الكلية ومجالاتها للاستجابتين البعدية والمتابعة.

مقياس مفهوم الذات وأبعاده	التطبيق	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الارتباط	قيمة (t) المحسوبة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
الشكل والجسم	بعدي	4.69	0.37	**0.86**	**3.95**	14	0.001
	متابعة	4.49	0.37				
الرضا عن الذات	بعدي	4.79	0.03	-0.07	**7.69**	14	0.000
	متابعة	4.69	0.03				
الذات الخلقية	بعدي	4.82	0.18	0.14	**3.20**	14	0.006
	متابعة	4.62	0.18				
الذات الانفعالية	بعدي	4.46	0.48	0.29	0.67	14	0.511
	متابعة	4.36	0.48				
الذات الاجتماعية	بعدي	4.84	0.19	-0.04	**2.85**	14	0.013
	متابعة	4.64	0.19				
الذات الأسرية	بعدي	4.65	0.41	0.05	0.69	14	0.503
	متابعة	4.55	0.41				
الكلي للمقياس	بعدي	4.71	0.11	**0.66**	**6.10**	14	0.000
	متابعة	4.56	0.11				

يتضح من الجدول (16)، وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (α =0.05) بين المتوسطين الحسابيين لدرجة مفهوم الذات الكلية وأبعادها (الشكل والجسم، الرضا عن الذات، الذات الخلقية)؛ لصالح الاستجابة البعدية مقارنة باستجابة المتابعة.

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات

يتضمن هذا الفصل مناقشة النتائج التي توصلت إليها الدراسة، وأبرز التوصيات المنبثقة عنها، في ضوء أسئلة الدراسة والأدب النظري والدراسات السابقة، حيث تناولت الدراسة أثر برنامج إرشادي متركز على الانفعالات في خفض الأرق وتحسين مفهوم الذات، وهدفت إلى تنمية المهارات الانفعالية لدى طلبة الثانوية في مدرسة جديتا الثانوية للبنين التابعة لمديرية التربية والتعليم لمنطقة لواء الكورة، من خلال برنامج إرشادي متركز على الانفعالات، وقد قيس أثره في خفض الأرق وتحسين مفهوم الذات لدى المشاركين.

أشارت نتائج الدراسة الحالية إلى فعالية برنامج إرشادي متركز على الانفعالات في خفض الأرق وتحسين مفهوم الذات لدى المشاركين. وفيما يلي مناقشة لنتائج هذه الدراسة:

أولاً: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الأول والذي نصّ على: **هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي المجموعتين الضابطة والتجريبية في مقياس الأرق؟**

أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في الدرجات على مقياس الأرق، وكانت هذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية، حيث تبين أن المتوسط الحسابي المعدل لأفراد المجموعة التجريبية على مقياس الأرق أقل من المتوسط الحسابي المعدل لأفراد المجموعة الضابطة، مما يعطي مؤشراً أن البرنامج التدريبي قد أسهم في خفض درجة الأرق لدى طلبة الثانوية العامة بعد تعرضهم للبرنامج الإرشادي المتركز على الانفعالات.

ويمكن تفسير هذه النتائج؛ نظراً للخصائص والسمات التي اتصف بها البرنامج وتتمثل في: شمولية جلسات البرنامج للمهارات الانفعالية، والتي ساهمت في خفض درجة الأرق، وتحسين مفهوم الذات، والتنظيم الذاتي، والوعي بالذات والآخرين لدى المشاركين، كما ساهمت

في تنمية المهارات الاجتماعية للمشاركين، ورفعت مستوى المهارات والاستراتيجيات الانفعالية المستخدمة لتدريب الطلبة على المهارات الانفعالية الأساسية، ومهارات تتعلق بالنوم وعاداته، حيث اعتمد البرنامج على العمل في مجموعات.

وقد أشارت الدراسات السابقة إلى أن الطلبة (المراهقين) الذين يعانون من الأرق يعانون من اضطرابات نفسية متعددة، وضعف في مهاراتهم الانفعالية وذكائهم الانفعالي:

(Ly Linda, 2012; Mc Glinchey, et al. 2011; Soffer-Dudek,et al. 2011; Taylor, et al. 2011; Baglioni,et al.2010; Engin, et al.2010; Helm, Gujar & Walker,2010;Siomos ,et al.2010; Tempesta,et al.2010; Killgore,et al. 2008; Scott & Judge,2006; Fredriksen, et al. 2004)

ويشار إلى ضرورة العمل على تحسين مستوى المهارات الانفعالية، والذكاء الانفعالي لدى الطلبة الذين يعانون من الأرق، وتعليمهم وتدريبهم علـــى المهـــارات الإرشـــادية، والمهـــارات الانفعالية، وبعض الاستراتيجيات العلاجية كنمط من أنماط التدريب على المهـــارات الانفعاليـــة، والاجتماعية، والمساعدة على التخلص من الأرق، كهدف رئيس للتدخل الإرشادي والعلاجي مع الطلبة.

وتعتبر الدراسات التجريبية والبرامج العلاجية المقدمة فعّالة فـــي عـــلاج الأرق المـــرتبط بالأمراض البدنية أو الاضطرابات النفسية أو السلوكية أو المعرفية

(Niet,et al. 2009; Morin,2004; King,et al.2001)

وتتسق هذه النتائج بشكل عام مع ما توصلت إليه الدراسات التجريبية السابقة، التي بينـــت دور البرامج الإرشادية والتدخلات العلاجية والمهارات التدريبية في خفض درجـــة الأرق عنـــد الأفراد الذين يعانون منه، وبذا فقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج العديد مـــن الدراســـات التجريبية التي اهتمت بتقديم برامج إرشادية علاجية للأرق، كدراسة جنـــغ كويـــست وزملائـــه (Jungquist, et al.,2012) والتي حاولت اختبار فعالية العلاج السلوكي المعرفي لـــلأرق عنـــد المرضى الذين يعانون من الألم المزمن، والتي أظهرت نتائجها تحـــسناً ملحوظـــاً لـــدى أفـــراد المجموعة التجريبية في مجموع أوقات النوم، وقلة الاستيقاظ أثناء الليل، وتحـــسن فـــي نوعيـــة وكفاءة النوم.

كما اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة جير نلف وزملاؤه (Jernelov,et al., 2012) والتي هدفت لتحديد فعالية العلاج السلوكي والمساعدة الذاتية للأشخاص الذين يعانون من الهوس والأرق الأولي، والتي أظهرت نتائجها زيادة في مدة النوم وخفض درجة الأرق لصالح المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة.

وتنسجم نتائج هذه الدراسة كذلك مع نتائج دراسة جراديسير وزملاؤه (Gradisar,et al.,2011) والتي حاولت معرفة فاعلية العلاج السلوكي المعرفي والعلاج بالضوء الساطع (Bright Light Therapy) لعلاج المراهقين الذين يعانون من اضطرابات النوم وتأخر موعده، والتي بينت نتائجها تحسناً في نوعية النوم، وانخفاض في معاناة المراهقين من صعوبات الدخول فيه، وانخفاض آثار قلة النوم أثناء النهار كالتعب وصعوبة التركيز، لصالح أفراد المجموعة التجريبية مقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة، وأكدت النتائج فاعلية التدخلات العلاجية في تحسن نوم المراهقين.

وتطابقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة مورن وزملاؤه (Morin,et al., 2005) التي اهتمت بتقييم فاعلية العلاج السلوكي والاعتماد على الذات في علاج الأرق، والتي أظهرت نتائجها وجود تحسن كبير عند أفراد المجموعة التجريبية مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة، وبينت فاعلية الاعتماد على الذات في خفض أعراض الأرق لدى أفراد عينة الدراسة.

كما اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع عدد من الدراسات التجريبية العربية التي بينت فاعلية التدخل العلاجي والإرشادي في خفض درجة الأرق (أبوهين،2008؛ حنور،2004؛ الشطرات،2001).

ويمكن القول: أنّ تفسير نتيجة السؤال الأول من الدراسة الحالية يعود إلى وجود علاقة يسودها الجو الآمن، والعمل الجماعي، والاتصال النفسي مع أفراد المجموعة التجريبية، والتقبل الإيجابي غير المشروط لهم، واحترامهم دون شرط أو قيد، حيث يوفر التقبل والدفء والفهم لما يقوله المشارك، كما أن الانفتاح وتبادل الثقة بين المشاركين في البرنامج التدريبي، ساهم في إشعارهم بأهمية البرنامج وقيمته، وأنّ كل واحد منهم جدير بالثقة والاحترام، وقد ساعد هذا البرنامج كل فرد لتقييم نفسه، وتنمية مهاراته الانفعالية والاجتماعية ورفع ذكاءه الانفعالي.

ثانياً: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني الذي نصّ على: **هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي المجموعتين الضابطة والتجريبية في مقياس مفهوم الذات؟**

أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في الدرجات على مقياس مفهوم الذات، وكانت هذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية، حيث تبين أن المتوسط الحسابي المعدل لأفراد المجموعة التجريبية على مقياس مفهوم الذات أعلى من المتوسط الحسابي المعدل لأفراد المجموعة الضابطة، مما يعطي مؤشراً على أن البرنامج

التدريبي قد أسهم في تحسين درجة مفهوم الذات لدى طلبة الثانوية العامة بعد تعرضهم للبرنامج الإرشادي المتركز على الانفعالات.

أشارت الدراسات السابقة إلى أن الطلبة (المراهقين) ذوي مفهوم الذات المتدني يعانون من ضعف في مهاراتهم الانفعالية وذكائهم الانفعالي:

(Hsieh & Stright,2012; Salvador- Ferrer,2012; Sharma & Bandhana,2012;Othman & Leng,2011; Fredriksen, et al. 2004).

وتدعم نتائج الدراسة الحالية بما أكده الباحثون على ضرورة العمل على تحسين مفهوم الذات وتنميته لدى الطلبة الذين يعانون من ضعف في مهاراتهم الانفعالية، والذكاء الانفعالي من خلال تدريبهم، وتعليمهم على المهارات الانفعالية كنمط من أنماط التدريب على المهارات الاجتماعية، وكهدف مباشر للتدخل الإرشادي والعلاجي مع الطلبة الذي يعانون من تدني في مفهوم الذات. وتعتبر الدراسات التجريبية والبرامج العلاجية المقدمة فعالة في تنمية وتحسين مفهوم الذات (المصدر ،2007).

وتناسقت نتائج الدراسة الحالية مع دراسة جويتز وزملائه (Goetz, et al. ,2010) حول تأثير التخصص والعمر على مفهوم الذات الأكاديمي، والعلاقات العاطفية، والتي هدفت إلى توضيح العلاقة بين المفاهيم الذاتية والأكاديمية، والمشاعر الأساسية (الاستمتاع، والفخر، والقلق، والغضب، والملل) التي يعاني منها طلاب المدارس الثانوية الألمانية في مجال (الرياضيات، والفيزياء، واللغتين الألمانية، والانجليزية). والتي أظهرت نتائجها وجود علاقة إيجابية بين مفهوم الذات الأكاديمي، والمشاعر الأساسية.

كما اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج الدراسة التي أجراها لاندا وزملاؤه (landa, et al.,2009) حول دور الذكاء العاطفي في مفهوم الذات عند طلبة كلية التمريض في جامعة جيان في اسبانيا، والتي هدفت إلى البحث في أبعاد الشخصية، وصورة الذات، وطرق التعبير عن الذات والوعي بها، وكشف الذات للآخرين، كما اهتمت بالبحث بجوانب الشخصية كاحترام الذات وتقييمها؛ نظراً لكون معرفة الذات تساعد في التطوير المهني. كشفت نتائجها عن وجود علاقة إيجابية بين مكونات الذكاء العاطفي وجميع أبعاد مفهوم الذات، وأوضحت النتائج العلاقة السلبية بين مفهوم الذات والشخصية العصابية.

كما وتدعم نتائج الدراسة الحالية بعدد من نتائج الدراسات السابقة التي بحثت العلاقة بين الذكاء الانفعالي ومفهوم الذات وبعض المتغيرات، والتي كشفت نتائجها عن وجود علاقة إيجابية

بين الذكاء الانفعالي ومفهوم الذات، وأكدت أن التدريب على مهارات الذكاء الانفعالي يساهم في تحسين مفهوم الذات.

(Abbas & BJunaid-ul-haq,2011; Tamannaifar, Sedigh & Mohammadabadi, 2010; Ignat & Clipa ,2009; Nagpal,2009; Bar-on,2003)

وتتسق نتائج الدراسة الحالية مع عدد من نتائج الدراسات المحلية كدراسة مبيضين (2007) التي قامت ببناء برنامج تدريبي في تنمية الذكاء الانفعالي، واستقصاء أثره وأثر الجنس في مستوى الدافعية، ومفهوم الذات لدى طلبة الصف السابع في مديرية تربية عمان الأولى، والتي أظهرت نتائجها وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط أداء المجموعة التجريبية، والمجموعة الضابطة بناء على العلامة الكلية لمقياس مفهوم الذات وتحسن الدافعية لصالح المجموعة التجريبية.

واتفقت نتائج الدراسة الحالية كذلك مع نتائج الدراسة التي أجرتها سعيد (2006) بهدف التحقق من أثر برنامج تعلمي مستند إلى نظرية الذكاء الانفعالي في تنمية مفهوم الذات ودافعية التعلم لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا. والتي أظهرت نتائجها وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط الأداء البعدي لأفراد المجموعة التجريبية ومتوسط الأداء البعدي لأفراد المجموعة الضابطة على العلامة الكلية لمقاييس الدراسة (مقياس مفهوم الذات، ومقياس دافعية التعلم) لصالح المجموعة التجريبية. في حين لم يكن هناك أثر للجنس أو للتفاعل بين الجنس والبرنامج على الدرجة الكلية لمقياس مفهوم الذات وأبعاده.

وتنسجم نتائج هذه الدراسة مع نتائج الدراسة التي أجرتها الصرايرة (2003) والتي هدفت إلى بناء برنامج تدريبي مستند لنظرية جولمان في الذكاء الانفعالي واستقصاء أثره والجنس على مستوى التفكير الإبداعي ومفهوم الذات لدى طلبة الصف السادس في مدرسة جامعة مؤتة النموذجية. أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط أداء المجموعة التجريبية ومتوسط الأداء لأفراد المجموعة الضابطة وذلك على الدرجة الكلية لمقياس مفهوم الذات لصالح المجموعة التجريبية.

ويعتبر امتلاك المهارات الانفعالية الأساسية مصدراً مهماً للتكيف النفسي عند الطلبة، ومساعدتهم على تكوين مفهوم ذات إيجابي عن أنفسهم، ورفع درجة ثقتهم بأنفسهم؛ مما ينعكس إيجاباً على شخصيتهم، وجوانب متعددة في الحياة. من هنا، جاءت جلسات البرنامج لتساعد الطالب على الوعي بذاته، وانفعالاته وانفعالات الآخرين وردود أفعالهم، وتجسد فيهم معنى التعاطف مع الذات والآخرين، وتدريبهم على مهارات وطرق التعبير عن الذات وتوكيدها

وتنظيمها، ولتدربهم كذلك على مهارات الضبط الذاتي، والاتزان الانفعالي، وبناء مفهوم إيجابي عن الذات، والتخلص من الانفعالات السلبية التي تقف حاجزاً لتحقيق الفرد لذاته.

ثالثـاً: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث الذي نصَّ على: **هـل توجـد فـروق ذات دلالـة إحصائية بين متوسطي درجة الأرق البعدية والمتابعة لدى المجموعة التجريبية؟**

أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α =0.05) بـين المتوسطين الحسابيين لدرجة الأرق الكلية وأبعاده للاستجابة البعدية وبين المتوسطين الحـسابيين لدرجة الأرق الكلية ومجالاتها لاستجابة المتابعة عند أفراد المجموعة التجريبية. مما يعطي مؤشراً استمرارية تأثير البرنامج التدريبي المتركز على الانفعالات في خفض درجة الأرق لـدى طلبـة الثانوية العامة بعد تعرضهم له.

اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع عدد من نتائج الدراسات السابقة التي بحثت فعالية البرامج العلاجية والإرشادية المستخدمة لعلاج الأمراض والاضطرابات النفسية، وأثبتت استمرارية تأثير البرامج العلاجية من خلال قياس المتابعة

(Jernelov,et al.2012; Taylor,et al.2010; Morin,et al. 2005; Spielman, Saskin, Thorpy ,1987).

وربما ترد نتيجة الدراسة الحالية إلى ما تضمنه البرنامج الإرشادي من مهارات وتمارين وأنشطة ساعدت الطلبة على تخفيض درجة الأرق، وحسنت من مهاراتهم الانفعالية، وتواصلهم وتعاطفهم مع الذات والآخرين، وتطوير مهاراتهم في التعبير عن الذات والوعي بها، والتركيز على فهم وتنظيم الذات، وتحقيق درجة مناسبة من التوازن الانفعالي، والنضج الانفعالي بطريقة مناسبة لأنفسهم وللآخرين، الأمر الذي أدى إلى خفض درجة الأرق لديهم.

كما أن تدريب الطلبة الذين يعانون من الأرق على الكفايات الانفعالية والاجتماعية، ساهم في رفع قدرتهم الانفعالية وأعطى أثراً إيجابياً في زيادة قدرتهم على الوعي بانفعالاتهم وانفعالات الآخرين، وتنظيمها والقدرة على تحديد وقت النوم، والسيطرة على الذات، والقدرة على ضبط الساعة البيولوجية، وتحديد الانفعالات قبل وبعد النوم.

رابعاً: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع الذي نصَّ على: **هـل توجـد فـروق ذات دلالـة إحصائية بين متوسطي درجة مفهوم الذات البعدية والمتابعة لدى المجموعة التجريبية؟**

أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية عنـد مـستوى الدلالـة (α =0.05) بـين المتوسطين الحسابيين لدرجة مفهوم الذات الكلية وأبعادها (الشكل والجسم، الرضا عـن الـذات،

الذات الخلقية)؛ لصالح الاستجابة البعدية مقارنة باستجابة المتابعة. مما يعطي مؤشـــراً اســـتمرارية تأثير البرنامج التدريبي المتركز على الانفعالات في تحسين درجة الأرق لـــدى طلبـــة الثانويـــة العامة بعد تعرضهم له.

ويمكن تفسير هذه النتيجة لما تضمنه البرنامج التدريبي من تمارين موجهة وأساليب ومهارات وأنشطة استمرت لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج التدريبي؛ مما يؤكد امتلاكهم للمهارات الانفعالية. وربما ترد نتيجة هذا السؤال إلى حرص أفراد المجموعة التجريبية على تطبيق هذه المهارات والأنشطة في مواقف مختلفة من حياتهم، والقدرة على ممارستها بفاعلية، والسعي لتحقيق الكفاءة الذاتية، وتكوين مفهوم ذات ايجابي وتحقيق الأمن النفسي والاتزان الانفعالي والرضا عن الذات.

ويعود الأثر البالغ لما حققه البرنامج التدريبي من حيث خفض درجة الأرق وتحسين مفهوم الذات، الأمر الذي أدى إلى التخلص من المشكلات النفسية السلبية غير المرغوب فيها، وتحقيق درجة من الاتجاهات الايجابية المرغوب فيها حيث تقمص أعضاء المجموعة هذه السلوكات المرغوب فيها مما دفع الأعضاء إلى الاهتمام بالكفايات الانفعالية التي تعد مصدر قوة لحياة نفسية أفضل. كما يفسر انتظام تحسن متوسط استجابة الأعضاء على قياس المتابعة برغبة الأعضاء للظهور مرة أخرى بنتيجة أقل من حيث درجة الأرق، ودرجة أكبر من حيث تحسن مفهوم الذات.

التوصيات

في ضوء النتائج التي خلصت إليها هذه الدراسة، يمكن تقديم التوصيات التالية:

- تطبيق برامج إرشادية تستخدم الإرشاد المتركز على الانفعالات مع فئات عمرية مختلفة، بغرض التأكد من فعاليتها مع جميع الأعمار.
- إجراء دراسات تتناول أثر الإرشاد المتركز على الانفعالات في خفض الأرق وتحسين مفهوم الذات لدى الإناث.
- استخدام أسلوب الإرشاد الفردي (تصميم الحالة) لإتاحة فرصة الرصد وتحديد أثر البرنامج بشكل أكثر وضوحاً.
- تطبيق أساليب وتقنيات الإرشاد المتركز على الانفعالات من قبل المعلمين والمرشدين في المدارس لأغراض وقائية وإنمائية وعلاجية.
- إجراء مزيد من الدراسات حول موضوع اضطرابات النوم بشكل عام والأرق بشكل خاص الذي زاد انتشاره بين المراهقين بشكل واضح وملموس، سيما طلبة الثانوية العامة.
- البحث في مجال اضطرابات النوم وعلاقتها ببعض المتغيرات ذات الصلة مثل التحصيل وفعالية الذات.
- البحث في دراسات حديثة تتناول تقنيات واستراتيجيات عالجت الأرق مثل الحرية النفسية وأثرها في خفض درجة الأرق عند بعض الفئات الخاصة في المجتمع.
- عقد دورات وبرامج تدريبية للمعلمين والمرشدين حول اضطرابات النوم وعادات النوم السليمة واثر برامج الإرشاد المتركز على الانفعالات في علاجها.

المراجع

أولاً: المراجع العربية:

أبو جادو، صالح (1998)، **سيكولوجية التنشئة الاجتماعية**، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

أبو هين، فضل (2008)، أثر استخدام تقنيات الإرشاد السلوكي في علاج مشكلة الأرق الناتج عن الصدمة النفسية لدى عينة من طلبة جامعة الأقصى بغزة، **مجلة جامعة الأزهر، سلسلة العلوم الإنسانية**، 10،(B-1)،144-111.

أحمد، سهير (2000)، **التوجيه والإرشاد النفسي**، مصر: مركز الإسكندرية للكتاب.

إسماعيل، عزت (1982)، **علم النفس الفسيولوجي**، الكويت: وكالة المطبوعات.

بجاي، تشيرايل (2010)، **دليل تنمية مهارات الذكاء العاطفي ومهارات الحياة، أدوات وأساليب لمساعدة الأطفال على النجاح في الحياة العملية**، كتاب مترجم، إبراهيم الحارثي، الرياض: مكتبة الشقري.

بلير، ليندا (2008)، **كلام في الصميم، تعلم كيف تتغلب على الأرق، القلق، التفكير السلبي، ضغوط في العصر الحديث**، كتاب مترجم، بانسة العطار، مصر: دار النهضة.

بني يونس، محمد (2005)، علاقة الاتزان الانفعالي بمستوى تأكيد الذات عند عينة من طلبة الجامعة الأردنية. **مجلة جامعة النجاح للأبحاث**،19 (3)، 226-225 .

بوبيير، بتر (2002)، **تدريب المشاعر، التوازن الانفعالي، ضبط النفس، التركيز، التأمل، دراسة نفسية**، كتاب مترجم، الياس حاجوج، دمشق: منشورات وزارة الثقافة.

بوربلي، الكسندر (1992)، **أسرار النوم**، كتاب مترجم، أحمد عبد العزيز سلامة، الكويت: عالم المعرفة.

بيدس، إميل (1981)، **كن طبيب نفسك الأرق**، بيروت: دار الآفاق.

جبريل، موسى عبد الخالق (1993)، تقدير الذات لدى الطلبة المتفوقين وغير المتفوقين دراسياً، **دراسات العلوم الإنسانية**، 2 (2A) 146-128.

جروان، فتحي (2012)، **الذكاء العاطفي والتعلم الاجتماعي العاطفي**: عمان، دار الفكر.

جولمان، دانييل (2000)، **الذكاء الانفعالي**، كتاب مترجم، ليلى الجبالي، الكويت: سلسلة عالم المعرفة 262، المجلس الوطني للثقافة والفنون.

حمدان، محمد (2010)، **الاتزان الانفعالي والقدرة على اتخاذ القرار لدى ضباط الشرطة الفلسطينية**، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

الحموي، منى (2010)، التحصيل الدراسي وعلاقته بمفهوم الذات دراسة ميدانية على عينة من تلاميذ الصف الخامس الحلقة الثانية من التعليم الأساسي في محافظة دمشق الرسمية، **مجلة جامعه دمشق**، 26 ،208-173.

حنور، قطب (2004)، **فعالية برنامج معرفي سلوكي لتخفيف حدة اضطراب الأرق لدى عينة من طلاب وطالبات الجامعة**، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعه طنطا، مصر.

حنوش، سلمى (2011)، **فاعلية برنامج تدريبي مستند إلى العلاج المتمركز حول الانفعالات في إثراء العلاقة الزوجية وتحسين تقدير الذات لدى المتزوجين**، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، عمان، الأردن.

الخطيب، إبراهيم والنتشة، نعمان وعيد، زهدي (2003)، **التنشئة الاجتماعية للطفل**، عمان: الدار العلمية للنشر والتوزيع.

خوالدة، محمد (2011)، **فاعلية التدريب التوكيدي في تحسين تقدير الذات والتكيّف لدى الطلبة ضحايا الاستقواء**، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

خوالدة, محمود (2004)، **الذكاء العاطفي: الذكاء الانفعالي**، عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.

دويدار، عبد الفتاح (1999)، **سيكولوجية العلاقة بيم مفهوم الذات والاتجاهات**، القاهرة: دار المعرفة الجامعية.

دوتي، جوين (2007)، **تنمية الذكاء العاطفي من الروضة إلى الصف الثامن، استراتيجيات ممكنة وأنشطة مصممة للتطبيق، (ط1)**، كتاب مترجم، مها القرعان، فلسطين: مؤسسة عبد المحسن القطّان.

ريّان، محمود (2006)، **الاتزان الانفعالي وعلاقته بكل من السرعة الإدراكية والتفكير الابتكاري لدى طلبة الصف الحادي عشر بمحافظات غزة**، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعه الأزهر، محافظة غزة، فلسطين.

زهران، حامد (1978)، **الصحة النفسية والعلاج النفسي**، (ط2)، القاهرة: عالم الكتب.

زهران، حامد (1990)، **علم نفس النمو: الطفولة والمراهقة**، القاهرة: عالم الكتب للنشر والتوزيع.

سعيد، سعاد (2006)، **أثر برنامج تعليمي في التربية الإسلامية مستند إلى نظرية الذكاء الانفعالي في تنمية مفهوم الذات ودافعية التعلم لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا في**

الأردن، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، عمان، الأردن.

السلطاني، عظيمة (2011)، تأثير منهج بالألعاب الصغيرة في تنمية النضج الانفعالي لدى طالبات الصف الرابع الإعدادي، **مجلة علـــــوم التربية الرياضية،** 3 (4)، 39-1.

السيد، عبد الباسط (2007)، **الأرق، أسبابه وعلاجه، من القديم إلى الحديث،** مصر: مكتبة ألفا للنشر والتوزيع.

الشربيني، لطفي (2000)، **اضطرابات النوم كيف تحدث وما هو العلاج؟،** القاهرة: دار الشعب للصحافة.

الشطرات، وليد (2001)، **فاعلية برنامج جمعي سلوكي معرفي في معالجة الأرق وخفض التوتر،** رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

الشناوي، محمد (1994)، **نظريات الإرشاد العلاج النفسي،** القاهرة: دار غريب للنشر والتوزيع.

الشيخ، دعد (2003)، **مفهوم الذات بين الطفولة والمراهقة،** دمشق: دار كيوان للنشر والتوزيع.

شيفر، شارلز ومليمان، هوارد (2005)، **مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها،** كتاب مترجم، نسيمه داود، نزيه حمدي، عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.

الصرايرة، أسماء (2003)، **أثر برنامج تدريبي مستند لنظرية جولمان للذكاء الانفعالي في مستوى التفكير الإبداعي ومفهوم الذات لدى طلبة الصف السادس الأساسي،** أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، عمان، الاردن.

الظاهر، قحطان (2004)، **مفهوم الذات بين النظرية والتطبيق،** (ط1)، عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.

عبدالله، نبوية (1994)، **مفهوم الذات لدى الأطفال المحرومين من الأم "دراسة مقارنه"**، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعه عين شمس، القاهرة، مصر.

عكاشة، أحمد (1973)، **علم النفس الفسيولوجي**، القاهرة: مكتبة سعيد رأفت.

العيسوي، عبد الرحمن (2000)، **اضطرابات الطفولة وعلاجها**، **(ط1)**، بيروت: دار الرتب الجامعية.

الغرايبة، سالم (2005)، **فعالية برنامج تدريبي في تنمية مهارات الذكاء الاجتماعي والانفعالي لدى طلبة الصف العاشر الأساسي**، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعه اليرموك، اربد، الأردن.

غنيم، سيد (1978)، **سيكولوجية الشخصية، قدراتها، قياسها، نظرياتها**، القاهرة : دار النهـضة العربية.

فيتس، وليم (1998)، **مقياس تنسي لمفهوم الذات**، كتاب مترجم، صفوت فرج، وسهير كامل أحمد، مركز الإسكندرية، الإسكندرية للكتاب.

القاضي، يوسف والفطيم، لطفي وحسين، محمود (1981)، **الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي**، الرياض: دار المريخ.

قرني، عزت (2002)، **الذات ونظرية العقل**، القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

القوصي، عبد العزيز (1952)، **أسس الصحة النفسية**، **(ط4)**، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

المصدر، عبد العظيم (2007)، الذكاء الانفعالي وعلاقته ببعض المتغيرات الانفعالية لدى طلبة الجامعة، **مجلة الجامعة الإسلامية**، 16 (1)،587-632.

مبيضين، زكية (2007)، **بناء برنامج تدريبي استناداً لمفهوم الذكاء الانفعالي وقياس فاعليته في مفهوم الذات والدافعية لدى طلبة المرحلة الأساسية في الأردن**، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، عمان، الأردن.

معمريّه، بشير (2005)، الذكاء الوجداني مفهوم جديد في علم النفس، **شبكة العلوم النفسية العربية**،(6)، 50-40.

النويران، فرحان (2012)، **فاعلية برنامج إرشادي مستند إلى الكفاءة الانفعالية في خفض سلوك العدوان وتحسين تقدير الذات لدى طلبة المرحلة الأساسية في الأردن**، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الاردنية، عمان، الاردن.

نصر الله، نوال (2008)، **أنماط التفكير السائدة وعلاقتها بسيكولوجية التفاؤل والتشاؤم لدى طلبة مرحلة الثانوية العامة في محافظة جنين**، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين.

وهيبي، أحمد (1999)، **مفهوم الذات لدى طلبة الجامعة الأردنية وعلاقته ببعض المتغيرات ذات الصلة**، رسالة ماجستير، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

الوقفي، راضي (1998)، **المدخل إلى علم النفس**، عمان: دار الشروق للنشر.

لندنفيلد، جيل (2004)، **الثقة العاطفية أبسط الخطوات لإدارة مشاعرك**، كتاب مترجم، مكتبة جرير: الرياض.

ثانيا: المراجع الأجنبية

Abbas,I. & Junaid-ul-haq (2011), A Relationship between Emotional Intelligence and Self Esteem: study in universities of Pakistan. **Rts and Design Studies**,1, 10-17.

Abdel-Khalek, A. (2001), Epidemiologic study of sleep disorders in Kuwaiti adolescents. **Perceptual And Motor Skills**, 93, 901-910.

Abdel-Khaiek, A. (2006), Prevalence of Insomnia Complaints and its Consequences in Kuwaiti College Students. **Sleep and Hypnosis**, 8 (2), 54-60.

Aleem, s. (2005), Emotional Stability among College Youth. **Journal of the Indian Academy of Applied Psychology**, 31 (1-2), 100-102.

Anon ymous, An.d. Retrieved 15, Jul, 2012, from: **http://en.wikipedia.org/wiki/Emotional_self-regulation**

Anon ymous (2003),Emotional Intelligence Activities for teens ages 13-18. Retrieved 15,Jul,2012,from: **http://ong.ohio.gov/frg/FRGresources/emotional_intellegence_13-18.pdf.**

Anthony, M. (2003), **Selling with emotional intelligence: 5 skills for building stronger client Relationships**, Published by Dearborn Trade Publishing, a Kaplan Professional Company.

Aslan, S.Gulcat, F. Albayrak, S. Yetkin, S Sutcicigii, I. Aycan, S. Isik,1. and Aydin ,H (2005), Prevalence of insomnia symptoms: results from an urban district in Ankara Turkey. **International Journal of Psychiatry in Clinical Practice**, 10 (1): 52-58.

Attarian, H. and Schuman, C. (2010), **clinical handbook of insomnia,** (2ed). Humana Press, New York: London

Baglioni, C. Spiegelhalder, K. Lombardo, C. and Riemann, D. (2010), Sleep and emotions: a focus on insomnia. **Sleep Med Rev**, 14 (4), 227-38**.**

Baikie, A. and Wilhelm, K. (2005, Feb, 12), **Emotional and physical health benefits of expressive writing,** Retrieved From: http**:**//apt.rcpsych.org/content/11/5/338.full

Bar-On , R. (1997), **Emotional Quotient Inventory: Measure of Emotional Quotient Inventory,** Toronto, Ontario: Mutti -Health Systems.

Bar-on, P.D (2003), **The Emotional Quotient Inventory (EQI),** North Toranto, NY:Multi-Health systems

Baumeister, R. and Vohs, K. (2007), Self-Regulation, Ego Depletion, and Motivation. **Journal Compilation**, 10-14.

Belanger, L. Morin, Ch. Gendron, L. and Blais, F. (2005), Presleep Cognitive Activity and Thought Control Strategies in Insomnia. **Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly**, 19 (1)17-27.

Berk, M. (2009), Sleep and depression Theory and practice. **Reprinted from Australian Family Physician,** 38 (5), 302-304**.**

Burns, Robert (1979), **The self concept in theory, measurement, development**, **and behavior**, London: New York.

Buscemi, N. Vandermeer, B. Friesen, C. Bialy, L. Tubman, M. Ospina, M. Klassen, T. and Witmans, M. (2005), **Manifestations and Management of Chronic Insomnia in Adults,** Evidence Report: Technology Assessment No.

Camilleri, M. (2007),Treating Insomnia in General Practice. **Malta Medical Journal,** 19 (2), 35-39.

Carr, A. (2004), **Positive Psychology The Science of Happiness And Human Strengths,** Hove: New York .

Caruso**,** D. and Salovey, P. (2004), **The Emotionally Intelligent Manager How to Develop and Use the Four Key Emotional Skills of Leadership**, Jossey-Bass, A Wiley Imprint**.**

Colten, H. and Altevogt, B. (2006), **Sleep disorders and sleep deprivation: an unmet public health problem**, The National Academy Press Washington.

Corey, G. (2009), **Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy**, Belmont, CA: Brooks, Cole publishing company.

Cormier, S. and Cormier, B. (1998), **Interviewing strategies for helpers: fundamental skills and cognitive behavioral interventions**: Publishing Company A division of International Thomson Publishing Inc.

Coulombe, J. Reid, G. Boyle, M. and Racine, Y. (2011), Sleep problems, tiredness, and psychological symptoms among healthy adolescents. **Journal of Pediatric Psychology**, 36(1), 25-35.

Daley, k. (2010), **Exercise-based cognitive therapy as a novel treatment for insomnia and depression,** Unpublished Doctor Thesis, The University of North Carolina at Charlotte.

Daniel, J. and Buysse, M. (2005), **Sleep Disorders and Psychiatry**, American Psychiatric Publishing London: England .

David, N. and Neubauer, M. (2003), **Understanding Sleeplessness Perspectives on Insomnia**, The Johns Hopkins University Press Baltimore and London.

Engin, E. Keskin, G. Dulgerler, S. and Bilge, A. (2010), Anger and alexithymic characteristics of the patients diagnosed with insomnia: a control group study. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, 17(8),692–699.

Epstein,S. (1973), The Self-Concept Revisited Or a Theory of a Theory. **American Psychologist**, 28, 404-414.

Ferguson, D. (2007), **Relational Needs, third revised edition**, relationship press.

Fiorentino, L. (2008), **Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Breast Cancer Survivors: A Randomized Controlled Crossover Study,** Unpublished Doctor Thesis, University of California, San Diego state university.

Fitts, Manual. (1965). **Tennessee self concept scale**. Published by Counselor Recording & Tests.

Fosse, H. Pallesen, S. Hysing, M. and Stormark, K. (2011), Time in Bed, Sleep Sufficiency and Emotional and Behavioral Problems in a General Population of 10-12 Year Old Children**. The Open Sleep Journal**, 4, 29-35.

Franzen, P. Buysse, D. Dahl, R. Thompson, W. and Siegle, G. (2009), Sleep deprivation alters pupillary reactivity to emotional stimuli in healthy young adults. **Biol Psychol**, 80 (3): 300–305.

Fredrickson, B. (1998), What Good Are Positive Emotions?. **General Psychology,** 2, (3), 300-319.

Fredriksen, K. Rhodes, J. Reddy, R. and Way, N. (2004), Sleepless in Chicago: tracking the effects of adolescent sleep loss during the middle school years. **Child Development**, 75 (1), 84-95.

Gaultney, J. (2010), The Prevalence of Sleep Disorders in College Students: Impact on Academic Performance**. Journal of American College Health**, 59 (2),91-98.

Gazda, G. (1984), **Group Counseling**. Third edition. Allyn & bacon, inc: Boston.

Goetz, Th. Frenzel, A. Cronjaeger, H. Ltidtke,O. and Hall, N. (2010), Academic self-concept and emotion relations: Domain specificity and age effects. **Contemporary Educational Psychology,** 35 (1), 44-58**.**

Goleman, D. (1995). Emotional Intelligence: Why it can matter more than I.Q, New York: Bantam Books.

Gendlin, E. (1981), **Focusing: a superb manual for self managed therapy a tool beyond price.** New York: Bantam Dell.

Gradisar, M. Dohnt, H. Gardner, G. Paine, S. Starkey, K. Menne, A. Slater, A. Wright, H. Hudson, JL. Weaver, E. and Trenowden, S. (2011), A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy plus bright light therapy for adolescent delayed sleep phase disorder. **Sleep**, 34 (12), 1671-1680.

Greenberg, L. and Feuerstein, H. (2007), Emotion focused Therapy and the Client Centered and Focusing oriented approach: Interview Les Greenberg and Feuerstein. Retrieved, July, 15,2012, from: http://**www.focusing.de**/files/greenberg_feuerstein-interview_2007-emotions fokussierte_therapie.pdf.

Greenberg, L. Warwar, S. and Malcolm,W. (2010), Emotion-Focused Couples Therapy and the Facilitation Of Forgiveness. **Journal of Marital and Family Therapy**, 36 (1), 28-42.

Greenberg, L. (2004), Introduction Emotion -focused Therapy. **Clinical Psychology and Psychotherapy Special Issue**, (11), 1–2**.**

Greenberg, L. (2010), Emotion-Focused Therapy A Clinical Synthesis, **Focus The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry,** (3),1-11.

Greenberg, L. and Watson, J. (2005), **Emotion-Focused Therapy for Depression Washington**, DC: American Psychological Association Press.

Grinstein, R. (2002), Insomnia Diagnosis and management. **Australian Family Physician**, 31(11), 1-6.

Hamer, A. (2011), Treatment of Insomnia. **Oregon Dur Board Newsletter**, 13 (2)1-2.

Hamilton, N. Gallagher, M. Preacher, K. Stevens, N. Nelson, Ch. Karlson, C. and McCurdy, D. (2007), Insomnia and Well-Being. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 75 (6), 939-946 .

Hardison, G. Neimeyer, A. and Lichstein, L. (2005), Insomnia and Complicated Grief Symptoms in Bereaved College Student. **Behavioral Sleep Med**, 3 (2), 99-111**.**

Helm, Els. Gujar, N. and Walker, M. (2010), Sleep Deprivation Impairs the Accurate Recognition of Human Emotions, **SLEEP**, 33(3), 335-342.

Honarparvaran, N. Tabrizy, M. Navabinejad, Sh. and Shafiabady, A. (2010), The Efficacyof Emotionally Focused Couple Therapy (EFT-C) Training with Regard to Reducing Sexual Dissatisfaction among Couples. **European Journal of Scientific Research**, 43(4), 538-545.

Hsieh, M. and Stright, A. (2012), Adolescents' Emotion Regulation Strategies, Self-Concept, and Internalizing Problems. **The Journal of Early Adolescence,** 32(4).

Ignat, A.& Clipa, O. (2009), Emotional intelligence and efficacy in professional development of the teachers. **tiințele Educației,** 3,116-126.

Isiksal, M.(2010),A Comparative Study on Undergraduate Students Academic Motivation and Academic Self-Concept. **The Spanish Journal of Psychology**, 13(2), 572-585.

Jernelov, S. Lekander, M. Blom, K. Rydh, S. Ljötsson, B. Axelsson,J. and Kaldo,V. (2012), Efficacy of a behavioral self-help treatment with or without therapist guidance for co-morbid and primary insomnia- a randomized controlled trial. **BMC Psychiatry**, 12, (5).

Johnson, G.(2008), **Learning Styles and Emotional Intelligence of the Adult Leaner**. Unpublished Doctoral Dissertation, Auburn University, U. S .A.

Johnson, S. (2012), International Center For Excellence In Emotionally Focused Therapy (ICEEFT), Retrieved Jul,15 2012, from: **http://www.iceeft.com/index.php?option=com_content&view=article&id=47 &Itemid79.**

Johnson, S. (2010), Special sample Issue of the EFT: Community News, UNA, 7 FALL 2010.

Johnson, S. M., and Greenberg, L. S. (1987), Emotionally focused marital therapy: An overview. **Psychotherapy**, 24 (3S), 552-560.:

Johnson, S. (1996), **The practice of emotionally focused marital therapy**: Creating connection, New York: Brunner Mazel.

Johnson, S. (2004), **The practice of emotionally focused couple therapy: creating connections,** (2nd ed). New York: Bruner-Routledge.

Johnson, S.Hunsley, J. Greenberg, L .and Schindler, D. (1999), Emotionally Focused Couples Therapy: Status and Challenges. **American Psychological Association**, (l2), 67-79.

Jungquist, C. O'Brien, C. Matteson-Rusby, S. Smith, M. Pigeon, W. And Perlis, M. (2012), The efficacy of cognitive-behavioral therapy for insomnia in patients with chronic pain. **Sleep Med,** 11(3), 302–9.

Kai-Ching, C. (2007), Emotions before, during, and after dreaming sleep. **Dreaming,** 17(2), 73-86.

Kaneita, Y. Ohida, T. Osaki, Y. Tanihata, T Minowa, M. Suzuki, K. Wada, K. Kanda, H. and Hayashi, K.(2006), Insomnia Among Japanese Adolescents: A Nationwide Representative Survey. **Sleep**, 29(12), 1543-1550**.**

Khemlani, M. (2008), Insomnia in Palliative care. **Hkspm Newsletter**, 2, 20-25.

Killgore, WD. Kahn-Greene, ET. Lipizzi, EL. Newman, RA. Kamimori, GH. And Balkin, TJ. (2008), Sleep deprivation reduces perceived emotional intelligence and constructive thinking skills, **Sleep Medicine,** (9), 517–526.

King, N. Dudley, A. Melvin,G. Pallant, J. and Morawetz, D.(2001), Empirically Supported Treatments for Insomnia. **Scandinavian Journal of Behaviour Therapy**, 30, (1), 23-32.

Kostiuk, L. and Fouts, G.(2002),Understanding of Emotions and Emotion Regulation in Adolescent Females with Conduct Problems: A Qualitative Analysis. The Qualitative Report, 7(1), 1-19. **http://www.nova.edu/ssss/QR/QR7-1/kostiuk.html**

Kushida, C. (2009)**, Handbook of sleep disorders,**(2nd ed). Informa Healthcare USA, Inc.

Lack,L. Wright, H. Kemp, K. Gibbon, S.(2005), The Treatment of Early-Morning Awakening Insomnia With 2 Evenings of Bright Light. Sleep, 28(5), 616-623.

Lnda, J. López-Zafra,E. Aguilar-Luzón,M. and Ugarte,M. (2009), Predictive validity of Perceived Emotional Intelligence on nursing students' self-concept. **Nurse Education Today**, 29, (7), 801-808.

Lande, G. and Gragnani, C. (2010),Non pharmacologic Approaches to the Management of Insomnia. **The Journal of The American osTeopaThic association Evidence-Based Clinical Review Jaoa**, 111(12), 695-701.

Lander, L. (2009), Repairing Discordant Student–Teacher Relationships: A Case StudyA Case Study Using Emotion-Focused Therapy. **Children & Schools**, 31, (4), 229-238.

Lara-Carrasco, J. Nielsen, TA. Solomonova, E. Levrier, K. and Popova, A. (2009) Overnight emotional adaptation to negative stimuli is altered by REM sleep deprivation and is correlated with intervening dream emotions. **jurnal of Sleep Research**,18,(2).178-187.

Libman, E. and Fichten,C. (1996), **Sleep Insomnia and Aging How To Recognize A Sleep Problem And What To Do About it**, Research funded by the Conseil quebecois de la recherche sociale (2381 094)

Ly Linda (2012), **Insomnia and Associated Risk Factors in Later Adolescence**. Unpublished Master Thesis, University of Saskatchewan.

Lynn, A. (2005), **The EQ difference: a powerful program for putting emotional intelligence to work. American Management Association**: New York.

Marcus, m. (2009), **Sleep Disorders**. Infobase Publishing.

Mc Glinchey, E. Talbot, L. Chang, KH. Kaplan, K. Dahl, R. and Harvey, A. (2011), The effect of sleep deprivation on vocal expression of emotion in adolescents and adults. **SLEEP**, 34(9), 1233-1241.Retrieved 28 Jul, 2012, from **http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3157665/**

McLeod, S. (2007), **Simply Psychology; Carl Rogers**. Retrieved, Jul,15, 2012, from**:** **http://www.simplypsychology.org/carl-rogers.html**

Mersino, A. (2007)**, Emotional intelligence for project managers : the people skills you need to achieve outstanding results**, American Management Association: New York.

Morin, C. Rodrigue, S. and Ivers, L. (2003),Role of Stress, Arousal, and Coping Skills in Primary Insomnia. **Psychosomatic Medicine,** 65, 259–267.

Morin, C. Beaulieu-Bonneau,S. LeBlanc, M. and Savard, J. (2005), Self-Help Treatment for Insomnia: a Randomized Controlled Trial. **SLEEP**, 28 (10), 1319-1327.

Morin, M. (2004), Cognitive-behavioral approaches to the treatment of insomnia. **Journal of Clinical Psychiatry**, 65 (16), 33-40.

Moseley,L. and Gradisar,M. (2009), Evaluation of a School-Based Intervention for Adolescent Sleep Problems. **Sleep**, 32(3): 334–341.

Naaman, S. Pappas, J. Makinen, J. Zuccarini, D. and Johnson, S.(2005),Treating Attachment Injured Couples With Emotionally Focused Therapy: A Case Study Approach**. Psychiatry,** 68(1), 55-77.

Nagpal, Ch. (2009),Emotional Intelligence and Self-Concept Among Prospective Teachers. **International Research Journal**, 1(5) 0975-3486 .

Neale, S. Spencer-Arnell, L. and Wilson, L. (2009), **Emotional intelligence coaching: improving performance for leaders, coaches, and the individual**, London and Philadelphia.

Niet,G. Tiemens,B. Kloos,W. and Hutschemaekers, G. (2009), Review of systematic reviews about the efficacy of non-pharmacological interventions to improve sleep quality in insomnia. **Evid Based Healthc**, 7, 233–242.

Noland, H. Price, J. Dake, J. And Tell Johann, S. (2009), Adolescents Sleep Behaviors and Perceptions Sleep. **Journal of School Health**, 79(5), 224-230**.**

Obilor, and Isaac,A (2011), Interaction Between Self Concept And Mathematics, English Language And General Academic Achievement Of Senior Secondary Student In port Harcourt**. Human Resource Management Academic Research Society**, 920-929.

Othman, N. and Leng, K (2011), The Relationship Between Self- Concept Intrinsic Motivation Self- Determination and Academic Achievement among Chinese Primary School Students**. International Journal of Psychological Studies,** 3(1),90-98.

Parker, A. (2010), A Longitudinal Investigation of Young Adolescents' Self-Concepts in the Middle Grades. **Rmle Online,** 33(10), 1-13.

Parker, R. (2011), **emotion focused therapy**, Retrieved 15, Jul, 2012, from: **http://www.mindspaceclinic.com/emotion-focused-therapy.**

Passarella, S. and Duong ,T. (2008), Diagnosis and treatment of insomnia. **American Journal of Health-system Pharmacy**, 65,927-934.

Passos, G. Poyares, D. Santana, M. Garbuio, S. Tufik, S. And Mello, T. (2010), Effect of Acute Physical Exercise on Patients with Chronic Primary Insomnia. **Journal of Clinical Sleep Medicine**,6, (3),270-275.

Patlak, M.(2005),**Your Guide to Healthy Sleep**, National Heart, Lung, and Blood Institute Publication No. 06-5271.

Pauriyal, K. Sharma, S .and Gulati, J. (2010), Developmental Trends in Self-concept of Urban Adolescents: Gender Differentials. **J Psychology**, 1 (2),113-118.

Perumal, p. and Monti**,** J. (2006), **Clinical pharmacology of sleep,** Birkhauser velag-basel-boston-berlin

Perumal, P. Monti, J. and Monjan, A. (2010), **Principles and Practice of Geriatric Sleep Medicine**, Cambridge University Press: UK

Pollak, C. Thorphy, M..and Yager, J. (2010), **The Encyclopedia and sleep disorder**. An Imprint of Info Base Publishing, N. Y.

Postawski, K. (2004), **Powerful Sleep Secrets of the Inner Sleep Clock, How to sleep lees, and have more energy than you ever had before**. Powerful Sleep.com

Rath, S. and Nand, S. (2012), Self-Concept: A Psychosocial Study On Adolescents**. International Journal of Multidisciplinary Research**, 2(5), 2231- 5780.

Reid, R. And Wooley, S.(2006),Using Emotionally Focused Therapy for Couples to Resolve Attachment Ruptures Created by Hypersexual Behavior. **Sexual Addiction and Compulsivity**, (13), 219–239

Rice, F. P (1992), Human Development: A life – Span Approach, New York: Macmillan.

Rogers, C. (1951),**Client centered therapy: Its current practice, implication and therapy**, Boston: Houhghton Mifflin.

Rosekind, M. and Gregory, K. (2010), Insomnia Risks and Costs: Health, Safety, and Quality of Life. **The American Journal Of Managed care**,16 (8),617-627.

Roth, T. (2007), Insomnia: Definition, Prevalence, Etiology, and Consequences. **Journal of Clinical Sleep Medicine**, 3 (5), 7-10**.**

Salovey, P. and Mayer, j. (1990), Emotional Intelligence Imagination, Cognition and Personality.9(3), 185-211.

Salvador-Ferrer (2012), Self-concept in College Students: Does It Affect The Emotional Domain? **International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences,** 2,(2) 27-33**.**

Sangeeta, R. and Sumitra, N. (2012),Adolescent's self-concept: Understanding the role of gender and academic competence. **International Journal of Research Studies in Psychology**, 1(2), 63-71.

Scott, A. and Judge, T.(2006), Insomnia, Emotions, and Job Satisfaction :A Multilevel Study**. Journal of Management**, 32 (5), 622-645.

Sharma,D. & Bandhana (2012), Impact of Emotional Intelligence and Home Environment on Self-concept of Adolescents**. Golden Research Thoughts,** 1,1-6.

Shavelson, R. Hubner, J. and Stanton, G. (1976), Self-concept: Validation of construct interpretations. **Review of Educational Research**, (46) 3,407-441.

Shneerson, J (2005), **Sleep medicine: a guide to sleep and its disorders**, (2ed). Blackwell Publishing.

Siomos, K. Mouzas, O. Angelopoulos, N. Avagianou, P . Floros, G. Skenteris, N. and Theodorou, K. (2010), Psychosocial Correlates of Insomnia in An Adolescent Population**. Child Psychiatry,** (41), 262–273.

Smits, D. and De Boeck, P. (2002), The Structure of Negative Emotion Scales: Generalizatio Over Contexts and Comprehensiveness**, European Journal of Personality**, (16) 127–141.

Soffer-Dudek, N. Sadeh, A. Dahl, RE. and Rosenblat-Stein,S. (2011), Poor sleep quality predicts deficient emotion information processing over time in early adolescence. **Sleep**, 34, (11), 1499-158.

Sparrow, T. and Knight, A. (2006), **Applied EI The Importance of Attitudes in Developing Emotional Intelligence,** John Wiley England.

Spielman, AJ. Saskin, P. and Thorpy, MJ.(1987) Treatment of Chronic Insomnia by Restriction of Time in Bed, **Sleep**,10, (I),45-56.

Stewart, M.(2005), **Emotionally Focused Group work**, Annandale: Institute for Emotionally Focused Therapy, Michele Stewart.

Sweileh,W. Ali, I. Sawalha, A. Abu-Taha, A. Zyoud1,S. and Al-Jabi1,S. (2011), Sleep Habits And Sleep Problems Among Palestinian Students. **Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health**, 5 (25),1-8.

Tamannaifar, M. Sedigh, F. and Mohammadabadi, F. (2010), Correlation between emotional intelligence, self-concept and self-esteem with academic achievement. **Iranian Journal of Educational Strategies**, 3 (3), 121-126.

Taylor, D. Gardner, C. Bramoweth, A. Williams, J. Roane, B. Grieser, E. and Tatum, J(2011),Insomnia and Mental Health in College Students. **Behavioral Sleep Medicine**, (9), 107–116.

Taylor, D.Lichstein, K. Durrence, H. Reidel, B. and Bush, A. (2005),Epidemiology of Insomnia, Depression, and Anxiety. **Sleep**, 28 (11), 1457-1464.

Taylor, D. Schmidt-Nowara, W. Jessop, C. and Ahearn, J. (2010), Sleep Restriction Therapy and Hypnotic Withdrawal versus Sleep Hygiene Education in Hypnotic Using Patients with Insomnia. **Journal of Clinical Sleep Medicine**, 6 (2), 169-175.

Tempesta, D. Couyoumdjian, A. Curcio, G. Moroni, F. Marzano, C. De Gennaro, L. and Ferrara, M.(2010), Lack of sleep affects the evaluation of emotional stimuli. **Brain Research Bulletin** 82,(1-2),104-108.

Thompson, K. and Franklin, C. (2010), **The Post-Traumatic Insomnia Workbook: A Step-by-Step Program for Overcoming Sleep Problems After Trauma**. new harbinger publications, inc.

Toyota, H. (2011), Differences in Relationship Between Emotional Intelligence and Self-Acceptance as Function of Gender and Ibasho (a Person Who Eases the Mind) of Japanese Undergraduates. **Psychological Topics** 20 (3), 449-459

Tuan Pham, M.Lee, L. and Stephen, A. (2012), Feeling the Future: The Emotional Oracle Effect, **Journal of Consumer Research,** 39.

Vandekerckhove, M. and Cluydts, R. (2010), The emotional brain and sleep: An intimate relationship, **Sleep Medicine Reviews**, 14,(4), 219-226. Retrieved, Jul,15,2012,from:

http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1087079210000031.

Walsh, S.(2002),**Emotion Focused Couples Therapy as Treatment of Somatoform Disorders: An Outcome Study**. Unpublished Doctor Thesis, Virginia Polytechnic Institute and State University

Watkins, p. and Clum, G. (2008), **Handbook of self-help therapies,** Taylor & Francis Group, New York: London.

Wilding, C. (2007), **Teach yourself emotional intelligence**, Published by Hodderand Stoughton publishing company, Inc

Wilson,S. Nutt, D. Alford, C. Argyropoulos, S. Baldwin, D. Bateson, A. Britton, T. Crowe, C. Dijk, D. Espie, A. Gringras, P. Hajak, G. Idzikowski, C. Krystal,AD. Nash, JR. Selsick, H. Sharpley, L. and Wade, G. (2010), British Association for Psychopharmacology consensus statement on evidence-based treatment of insomnia, parasomnias and circadian rhythm disorders. **Journal of Psychopharmacology,** 24 (11), 1577-1600.

Zohar, D. Tzischinsky, O. Epstein, R. Lavie, P. (2005), The Effects of Sleep Loss on Medical Residents' Emotional Reactions to Work Events: a Cognitive-Energy Model. **Sleep**, 28(1) , 47-54.

الملاحق

ملحق (أ)

مقياس الأرق

أخي الطالب؛؛؛

أرجو قراءة العبارات في الصفحات الآتية، التي وضعت لقياس الأرق، واختيار البـــديل المناسب لوصف حالتك خلال الشهر الماضي، ووضع إشارة (×) في العمود المناسب. علماً بأن

الاختيارات هي(غالباً، أحياناً، نادراً) وهذه الإجابات سريّة ولن تستخدم إلا لأغــراض البحــث العلمي.

شكراً لتعاونكم،،،

الباحث: يحيى خطاطبه

الجامعة الأردنية

البعد الأول: ابتداء النوم				
الرقم	**الفقرات**	**غالباً**	**نادراً**	**أحياناً**
1.	**أحتاج إلى وقت طويل للدخول بالنوم.**			
2.	**لا أستطيع الدخول بالنوم بسبب سيطرة موضوع محدد على تفكيري.**			
3.	**أواجه صعوبة في الشروع في النوم بسبب سيطرة مواضيع متتالية على تفكيري.**			
4.	**أواجه صعوبة في الشروع في النوم بسبب مواضيع متداخلــة تتطلــب التفكير فيها.**			
البعد الثاني: الاستمرار في النوم				

.5	أجد صعوبة في الاستمرار في النوم.			
.6	أستيقظ من النوم بعد فترة قصيرة، وأعاني من صعوبة العودة للنوم.			
.7	أنشغل ببعض الأفكار المزعجة، أو ببعض المشاعر عندما استيقظ من نومي في منتصف الليل.			
البعد الثالث: الاستغراق في النوم				
.8	أشعر أنني غير مرتاح أثناء النوم.			
.9	أجد صعوبة في الاستغراق في نوم عميق.			
.10	استيقظ من النوم بسبب الأحلام المزعجة.			
.11	أشعر بالضيق بسبب عدم قدرتي على الوصول إلى النوم العميق.			
البعد الرابع: تكرار ظهور الأرق				
.12	واجهت صعوبات متتالية في النوم الشهر الماضي.			
.13	لمْ يمر أسبوع من أسابيع الشهر الماضي إلا واجهت فيه صـــعوبةً فـــي النوم.			
.14	لمْ تكن ليالي الشهر الماضي مريحة بالنسبة لي.			
.15	أعاني من الأرق.			
البعد الخامس: العمل المدرسي				
.16	أتغيب عن المدرسة بسبب حاجتي للنوم.			
.17	أعاني من صعوبة التركيز والانتباه أثناء الحصص بسبب الأرق.			
.18	يسبب لي الأرق صعوبات في تنظيم أوقات الدراسة.			
.19	يسبب لي الأرق صعوبات في أداء الواجبات المدرسية.			
.20	أجد صعوبةً في الفهم أثناء القراءة بسبب الأرق.			
.21	أجد صعوبةً في الإجابة على أسئلة الامتحانات بسبب حاجتي للنوم.			
الرقم	الفقرات	غالباً	نادراً	أحياناً
البعد السادس: العلاقات البين شخصية				
.22	أتوتر بسبب حاجتي للنوم مما يسبب لي مشكلات مع أسرتي.			
.23	أتوتر بسبب حاجتي للنوم مما يسبب لي مشكلات مع الآخرين.			
.24	يحرمني الأرق من مشاركة الآخرين نشاطاتهم.			
.25	أشعر بالتعب والإرهاق أثناء تفاعلي مع الآخرين بسبب الأرق ليلاً.			
.26	يسبب لي الأرق مشكلات مع أصدقائي.			
.27	أشعر بالضيق بسبب قلة النوم.			

28.	أشعر بالعزلة بسبب قلة النوم.			

ملحق (ب)

مقياس مفهوم الذات

أخي الطالب؛؛؛

فيما يلي مجموعة من البنود التي تصف وجهة نظرك الخاصة حـــول بعـــض صـــفاتك، أرجو التمعن في كل عبارة وقراءتها جيداً، ثم وضع إشارة(×) في العمود المناســـب لبيـــان مـــا تشعر به عادةً، وتراه الأنسب لوصف نفسك. علماً بأن الاختيارات هي(دائمـــاً، غالبـــاً، أحيانـــاً، نادراً، مطلقاً)، ولن تستخدم هذه الإجابات إلا لأغراض البحث العلمي.

شكراً لتعاونكم،،،

الباحث: يحيى خطاطبه

الجامعة الأردنية

البعد الأول: الشكل والجسم						
الرقم	**الفقرة**	**درجة توفرها (انطباقها عليّ)**				
		دائماً	**غالباً**	**أحياناً**	**نادراً**	**مطلقاً**
1.	**أرى أن جسمي سليم صحياً.**					
2.	**أبدو وسيما وأنيقاً.**					
3.	**أشعر أن حجمي متناسق، لست بديناً ولا نحيفاً.**					

.4	أرغب في تغيير بعض الأشياء في شكلي.					
.5	أشعر أن طولي مناسب، لست طويلاً ولا قصيراً.					
.6	أعتني بجسمي جيداً.					
.7	أحرص على مظهري.					
.8	أعتني بنفسي.					
.9	أعتبر نفسي غير مرتب.					
.10	أحب مظهري كما هو عليه.					
.11	مهاراتي الحركية ضعيفة.					
.12	أشعر أنني مثقل بالأوجاع والآلام.					
.13	أشعر أنني مريض.					
	البعد الثاني: الرضا عن الذات					
.14	أشعر أنني جذاب.					
.15	أنا شخص أمين.					
.16	أنا شخص مرح.					
.17	أنني راضٍ عن أخلاقي.					
.18	أنني لطيف مع الآخرين.					
.19	أنا راضٍ عن طريقة تعاملي مع الآخرين.					
.20	أنني أفعل ما هو صواب.					
.21	أحل مشاكلي بسهولةٍ وبساطةٍ.					
.22	أنا شخص ودود.					
	البعد الثالث: الذات الخلقية					
.23	أنا شخص مهذب.					
.24	إرادتي الأخلاقية ضعيفة.					
.25	أفكر في أشياء سيئة لا يمكن التحدث عنها.					
.26	أنا راضٍ عن علاقتي بالله.					
الرقم	الفقرات	دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	مطلقاً
.27	أمارس العبادات كما يجب.					
.28	أضحك لسماع نكتة خارجة عن القواعد الأخلاقية.					
.29	أنا متدين كما أحب أن أكون.					
.30	عليّ أن أكون أكثر أدباً في تعاملي مع الآخرين.					

.31	أنا ملتزم بتعاليم ديني في حياتي اليومية.					
.32	أحاول التراجع عندما أعرف أنني أقوم بأشياء غير صحيحة.					
.33	استخدم وسائل غير عادلة لتحقيق هدفي.					
.34	أصدقائي يثقون بي.					
	البعد الرابع: الذات الانفعالية					
.35	تنتابني حالة من الغضب.					
.36	أكره كل شيء.					
.37	أشعر أنني أفقد عقلي عندما أنزعج.					
.38	أنا غاضب من العالم كله.					
.39	ينتابني الضيق دون سبب.					
.40	أنا شخص ذكي كما أحب أن أكون.					
.41	أشعر بالرغبة في شتم الآخرين.					
.42	أنا غير ماهر.					
.43	أمارس أنماطاً سلوكية سيئة.					
.44	أهرب من مشاكلي.					
.45	أؤجل عمل اليوم إلى الغد.					
.46	أنا شخص قادر على ضبط نفسي.					
	البعد الخامس: الذات الاجتماعية					
.47	أنا مهم بالنسبة لأصدقائي وأسرتي.					
.48	أنا محبوب لدى زملائي.					
.49	لي شعبية عند الجنس الآخر.					
.50	أنا اجتماعي بقدر ما أود أن أكون.					
.51	أبالغ في إرضاء الآخرين.					
.52	أنال إجماع المقربين على حسن سلوكي.					
.53	أتعايش بصورة جيدة مع الآخرين.					
الرقم	الفقرات	دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	مطلقاً
.54	أشارك بالقيل والقال.					
.55	أتعامل بشكل عادل مع أصدقائي وأسرتي.					
.56	أتفهم وجهة نظر الناس من حولي.					
.57	أتعايش بسهولة مع الآخرين.					

58.	أرى جوانب حسنة في كل من أقابلهم.					
59.	أشعر بالراحة أثناء التعامل مع الآخرين.					
60.	أجد صعوبة في التحدث مع الآخرين.					
البعد السادس:الذات الأسرية						
61.	تساعدني أسرتي في حل مشاكلي.					
62.	أشعر أنني أنتمي إلى أسرةٍ سعيدة.					
63.	أشعر أنني غير محبوب من أفراد أسرتي.					
64.	أشعر أن أسرتي لا تثق بي.					
65.	أنا راضٍ عن علاقاتي الأسرية.					
66.	يجب أن أثق بأسرتي أكثر.					
67.	أعامل والدي كما يجب عليّ معاملتهما.					
68.	أنا حساس جداً لما تقوله أسرتي عني.					
69.	عليّ أن أحب أسرتي أكثر.					
70.	أهتم بأسرتي كما يجب.					
71.	أطيع والديّ.					
72.	أنجز واجباتي من العمل المنزلي.					
73.	أتصرف بالطريقة التي تفضلها عائلتي.					
74.	أتشاجر مع أفراد أسرتي.					

ملحق (ج)

" برنامج إرشادي متركز على الانفعالات لخفض الأرق و تحسين مفهوم الذات"

(Emotion focused counseling program for reducing insomnia and improving self-concept).

عناوين جلسات البرنامج
الجلسة الأولى: الجلسة البنائية.
الجلسة الثانية: تعريف الأرق ومفهوم الذات وعلاقتهما بالانفعالات.
الجلسة الثالثة: عادات النوم وعلاقتها بالانفعالات.
الجلسة الرابعة: أسباب الأرق الانفعالية وآثارها وانعكاساتها على الانفعالات.
الجلسة الخامسة: الوعي بالذات والآخرين.
الجلسة السادسة: ادراة الانفعالات وضبطها وفهمها وتحليلها وتفسيرها.
الجلسة السابعة: الدافعية الذاتية والإنجاز الذاتي، والحاجات العلاقاتية.
الجلسة الثامنة: المهارات الاجتماعية (التعاطف، الاستماع، المرونة الاجتماعية، التفاؤل).
الجلسة التاسعة: التمييز بين الانفعالات وتنظيمها.
الجلسة العاشرة: التعبير عن الانفعالات والإفصاح عن المشاعر الداخلية.
الجلسة الحادية عشر: إيجاد المعنى الشخصي، والاستقامة الخلقية، وتحمل المسؤولية.
الجلسة الثانية عشر: الاتزان الانفعالي.
الجلسة الثالثة عشر: النضج الانفعالي (الثبات الانفعالي) والعلاقات الاجتماعية عند الأعضاء.
الجلسة الرابعة عشر: الجلسة الختامية.

الأهداف العامة للبرنامج:

- مساعدة الأعضاء على تحديد مشكلة الأرق وأسبابها وآثارها الانفعالية.
- مساعدة الأعضاء على خفض مشكلة الأرق، وما ينتج عنها من مشكلاتٍ انفعالية.
- مساعدة الأعضاء على تحديد طبيعة العلاقة بين الأرق والانفعالات.

- تحسين إدراك الأعضاء لانفعالاتهم ومفهومهم لذاتهم.
- تطوير مهارات الأعضاء في التعبير عن الانفعالات لأنفسهم وللآخرين.
- مساعدة الأعضاء على فهم و تحليل الانفعالات وتفسير معانيها.
- تدريب الأعضاء على الوعي بالذات والآخرين.
- تنمية المهارات الاجتماعية والانفعالية عند الأعضاء مثل: التعاطف مع الذات والآخرين، والتفاؤل، والإصغاء الفعّال، والمرونة الاجتماعية.
- تنمية مهارات الضبط الذاتي وضبط الانفعالات لدى الأعضاء.
- تنمية المعنى الأخلاقي والاستقامة الخلقية والمسؤولية لدى الأعضاء.
- إيصال الأعضاء إلى درجة من الاتزان والنضج الانفعالي.

الجلسة الأولى: الجلسة البنائية.

أهداف الجلسة:

1- أن يتم التعارف وكسر الجمود بين الأعضاء والمرشد.

2- أن يحدد الأعضاء معايير الإرشاد الجماعي ومناقشة أهدافه وقواعده.

3- أن يوضح المرشد أهداف البرنامج الإرشادي، ومفرداته، ومدته الزمنية، ومحتويات كل جلسة.

4- أن يحدد الأعضاء رغباتهم وتوقعاتهم من البرنامج الإرشادي.

الأساليب:

أنشطة تدريبية.	التغذية الراجعة.	النشرات الإرشادية.
إعطاء التعليمات.	الواجبات البيتية .	الحوار والمناقشة.
لعب الدور.	التعزيز.	

إجراءات وأنشطة الجلسة:

- يستقبل المرشد الأعضاء في المكان المحدد للقاءات، ثم ينظم جلوسهم، ويرحب بالأعضاء ويشكرهم على المشاركة في البرنامج، ثم يقوم المرشد بتعريف نفسه للأعضاء (الاسم، المهنة، الخبرات، الهوايات ....).
- يقوم كل عضو بتعريف نفسه للآخر، ثم يوزع المرشد الأعضاء إلى مجموعات مؤقتة يعمل على تغييرها بشكل دوري.
- يوضح المرشد مفهوم الإرشاد الجمعي بقوله "هو عملية ديناميكية شخصية متبادلة بين أعضاء المجموعة الإرشادية والمركزة على الأفكار والوظائف الشعورية والسلوك وما يتصل به من إجراءات علاجية مثل التنفيس الانفعالي والثقة المتبادلة والاهتمام والتفهم والتقبل والمساندة والدعم بين أعضاء المجموعة (Gazda,1984). ويوضح المرشد أهمية وفوائد الإرشاد الجمعي، بقوله: يستخدم هذا البرنامج أسلوب الإرشاد الجمعي، يتم خلاله اجتماع مجموعة من الأفراد لديهم نفس المشكلة ونفس الأهداف، بحيث يتم التفاعل والاستماع لبعضهم وتدريبهم على بعض الأنشطة والمهارات الانفعالية لمساعدتهم على التعامل مع المشكلة.
- يوضح المرشد للأعضاء أهداف البرنامج، ومدته الزمنية، حيث يتكون البرنامج من (14) جلسة مدة كل جلسة (55 دقيقة)، بمعدل جلستين أسبوعياً، نناقش ونتعلم مهارات جديدة في كل جلسة.
- يناقش المرشد والأعضاء معايير وقواعد الإرشاد الجمعي، كالسرية، والثقة، والألفة، والتقبل لوجهات النظر، والاحترام المتبادل، والاهتمام، والمواظبة، والانتباه، والإصغاء للآخرين.

- يستمع المرشد لتوقعات واقتراحات الأعضاء حول البرنامج، والأهداف التي يسعون لتحقيقها من خلاله.
- يوزع المرشد مخططاً تنظيمياً لعناوين الجلسات وتاريخها، ودفتراً للواجبات البيتية، يطلـب إحضاره عند كل جلسة. مخطط (1)
- ينهي المرشد الجلسة بتلخيصها والإجابة عـن استفسارات الأعـضاء وشـكرهم، ويؤكـد حضورهم في اللقاء القادم.

الواجب البيتي:

قراءة فقرات المخطط التنظيمي بعناية، وكتابة الاقتراحات والاستفسارات حول البرنامج.

مخطط (1).

تاريخ الجلسات	عناوين جلسات البرنامج
2012/9/9	**الجلسة الأولى**: الجلسة البنائية.
2012/9/12	**الجلسة الثانية**: تعريف الأرق ومفهوم الذات وعلاقتهما بالانفعالات.
2012/9/16	**الجلسة الثالثة**: عادات النوم وعلاقتها بالانفعالات.
2012/9/19	**الجلسة الرابعة**: أسباب الأرق الانفعالية وآثارها وانعكاساتها على الانفعالات.
2012/9/23	**الجلسة الخامسة**: الوعي بالذات والآخرين.
2012/9/26	**الجلسة السادسة**: إدارة الانفعالات وضبطها وفهمها وتحليلها وتفسيرها.
2012/9/30	**الجلسة السابعة**: الدافعية الذاتية والانجاز الذاتي، والحاجات العلاقاتية.
2012/10/3	**الجلسة الثامنة**: المهارات الاجتماعية مثل: التعاطف، الاستماع، المرونة الاجتماعية، التفاؤل.
2012/10/7	**الجلسة التاسعة**: التمييز بين الانفعالات وتنظيمها.
2012/10/10	**الجلسة العاشرة**: التعبير عن الانفعالات والإفصاح عن المشاعر الداخلية.
2012/10/14	**الجلسة الحادية عشر**: إيجاد المعنى الشخصي، والاستقامة الخلقية، وتحمل المسؤولية.
2012/10/17	**الجلسة الثانية عشر**: الاتزان الانفعالي.
2012/10/21	**الجلسة الثالثة عشر**: النضج الانفعالي (الثبات الانفعالي) والعلاقات الاجتماعية عند الأعضاء.
2012/10/24	**الجلسة الرابعة عشر**: الجلسة الختامية.

الجلسة الثانية: تعريف الأرق ومفهوم الذات وعلاقتهما بالانفعالات.

الأهداف:

1. أن يناقش المرشد والأعضاء الواجب البيتي.
2. أن يتعرف الأعضاء على مفهوم الأرق وأنواعه.
3. أن يفسر الأعضاء معنى مفهوم الذات وأبعاده.
4. أن يحدد الأعضاء مفهوم الانفعالات ومصادرها ومكوناتها.

الأساليب:

أنشطة تدريبية.	التغذية الراجعة.	النشرات الإرشادية.
إعطاء التعليمات.	الواجبات البيتية .	الحوار والمناقشة.
لعب الدور.	التعزيز.	

إجراءات وأنشطة الجلسة:

- يشكر المرشد الأعضاء على الحضور، ويناقشهم بالواجب البيتي السابق.
- يوضح المرشد للأعضاء مفهوم الأرق، بقوله "هو عدم القدرة على الحصول على النوم الكافي، وقد يأخذ أحد ثلاثة أشكال أو الأشكال الثلاثة معاً: صعوبة البدء في النوم، وصعوبة الاستمرار فيه، والاستيقاظ المبكر جداً في الصباح، وما يمكن اعتباره كمية كافية من النوم لفرد ما يختلف تبعاً لعمر الفرد وحاجاته الفردية (شيفر ومليمان،2005). موضحاً أن أنواع الأرق تم تصنيفها استناداً إلى عدة معايير منها اعتماداً على طبيعة الشكوى والأعراض الظاهرة حسب الفترة الزمنية للشكوى؛ فقد تكون الشكوى عابرة، أو قصيرة زمانياً، ترتبط بظرف معين وضغوطات معينة، تزول خلال فترة من الزمن، أو طويلة المدة الزمنية (حادة) أي أنها تستمر بسبب تعاطي الكحول والمخدرات والإدمان على المنبهات. وهناك تقسيم آخر يعتمد على السبب الناجم عنه الأرق، فقد يكون جسمياً أي مرض عضوي أو سلوكياً أو بيئياً أو نفسياً وهو موضوع دراستنا، حيث تشير الدراسات إلى أن أسباب الأرق النفسية تفسر (40%) من مشكلات الأشخاص المصابين بالأرق (Kushida, 2009).
- يوضح المرشد مفهوم الذات بقوله: "إنّ مفهوم الذات يمثل الانطباعات والأفكار التي يحملها الأفراد حول ذواتهم، وهو يمثل هويتهم الذاتية والاتجاهات والادراكات المعرفية نحو الذات فهو مفهوم متعدد الأبعاد يتضمن: مفهوم الذات العام: والذي يمثل الإدراكات الكلية للفرد والمتعلقة بقدراته وإمكاناته وأدواره في العالم الخارجي. مفهوم الذات المتغير أو المؤقت: والذي يتأثر

بالخبرات الحالية، فالنقد الملحوظ من جانب المعلم قد ينتج عنه مشاعر مؤقتة من نقص القيمة، أو تدني اعتبار الذات. والذات الاجتماعية: وتمثل نظرة الأشخاص لأنفسهم في علاقاتهم مع الآخرين والذوات التي يستجيب لها الآخرون، فقد يقول المراهق: "إنني أحب الطريقة التي يعاملني بها الآخرون، إنها تجعلني أشعر بشكل جيد نحو ذاتي". والذات المثالية: حيث يرغب الناس بأن يكونوا طبقاً لتصوراتهم المثالية وقد تكون تصوراتهم واقعية أو غير واقعية (Rice,1992).

- يوضح المرشد مفهوم الانفعالات بقوله: الانفعال هو عبارة عن شعور ذاتي وتجربة شخصية، وهي استجابات لمثيرات معينة وتعني كلمة انفعال لغوياً الابتعاد أو التهيج (Stired up) فالانفعال هو حالة من الشعور يحس به الفرد في استجاباته وتتكون الانفعالات من الآثار الفسيولوجية التي تؤدي في النهاية إلى الاستجابات السلوكية أو ردة فعل سلوكية (Rice,1992). والانفعال مصطلحاً لا يسهل تعريفه كونه يشمل سلسلة من وصف الأحداث المعقدة والمترابطة في عدة مواقع في الجسد والعقل، ويمكن وصفه على أنه تتابع من الاستجابات التي تثار إليها لتجهيز الجسد والعقل للتصرف الملائم حينما تدرك حواسنا أن شيئا ذا صلة يحدث بحياتنا (لندنفليد،2004).

- يوضح المرشد للأعضاء مصادر الانفعالات بقوله: تقسم مصادر الانفعالات إلى قسمين هما: مصادر داخلية تثير الانفعال: وهي منبه داخلي، مثل التغيرات التي تحدث في الدورة الدموية، كزيادة نبضات القلب، وارتفاع ضغط الدم أو زيادة في نشاط الغدد العرقية مما يؤدي لزيادة إفراز العرق أو انخفاض في نشاط الغدد اللعابية؛ بسبب الانفعال الذي تعرض له الفرد، ومصادر خارجية وهي منبه خارجي يعتمد على مواقف معينة، تستثير ردود أفعال الفرد نحو مصدر الانفعال ويشمل مختلف التعبيرات والأوضاع والألفاظ ونبرات الصوت التي تثير الفرد وتجعله يتفاعل مع الانفعال.

- يوضح المرشد للأعضاء أهم مكونات الانفعالات بقوله تقوم الانفعالات على عدة مكونات هي: المثير وهو الذي يستثير ردود الفعل الانفعالية، والشعور: وهو اختبار في الوعي ويكون سلبياً أو إيجابياً، مثل استجابة الفرد لشعوره بالخوف، والإثارة الفسيولوجية: وهي التي تنتج عن الإفرازات الهرمونية من الغدد الصماء، والاستجابة السلوكية للانفعالات: مثل الهروب بسبب الخوف.

- ينهي المرشد الجلسة بتلخيصها والإجابة عن استفسارات الأعضاء وشكرهم، ويؤكد حضورهم في اللقاء القادم.

الواجب البيتي:

- اكتب ثلاث عبارات تصف فيها نفسك؟
- قارن بين مصادر الانفعالات الداخلية والخارجية من خلال عرضك لموقف من حياتك؟

الجلسة الثالثة: عادات النوم وعلاقتها بالانفعالات.

أهداف الجلسة:

1. أن يناقش المرشد والأعضاء الواجب البيتي.
2. أن يحدد الأعضاء عادات نومهم وعلاقتها بانفعالاتهم.
3. أن يتدرب الأعضاء على عادات النوم الجيدة.

الأساليب:

أنشطة تدريبية.	التغذية الراجعة.	النشرات الإرشادية.
إعطاء التعليمات.	الواجبات البيتية.	الحوار والمناقشة.
لعب الدور.	التعزيز.	

إجراءات وأنشطة الجلسة:

- يرحب المرشد بالأعضاء ويطمئن على أحوالهم، ثم يلخص أهم الأفكار التي وردت في الجلسة السابقة، ويناقش ملاحظاتهم واستفساراتهم.
- يقوم المرشد بتقسيم الأعضاء إلى مجموعات، تتضمن كل مجموعة ثلاثة أفراد، يطلب منهم تطبيق تمارين الكشف الذاتي بحيث يخبر الأعضاء بعضهم عن عادات نومهم، ثم يطلب العودة إلى الجلسة الدائرية، ويلخص كل عضو خبرته خلال هذا النشاط.
- يوضح المرشد للأعضاء عادات النوم والانفعالات التي تسبق مراحل الدخول في النوم، والتي تتمثل في: الاهتمام، والمرح، والابتهاج، والاستماع؛ لأن المشاعر المفرحة تبعث الهدوء والاسترخاء والنوم المريح، بينما المشاعر المزعجة مثل: القلق تبعث الأرق، حيث تبين الدراسات أن هناك علاقة ارتباطيه بين شدة الحلم والمشاعر قبل وبعد النوم (Kai-Ching, 2007) .
- يعرض المرشد بطاقات يكتب عليها بعض المواقف التي تشير إلى انفعالات تبعث على الشعور بالارتياح والاسترخاء اعتماداً على شدة الاستثارة، حيث يعرض المرشد بطاقةً لأحد

الأفراد سمع خبراً مفرحاً قبيل الشروع في النوم، كما يعرض مشهداً في ذات الوقت لصورة عكسية، لأحد الأشخاص سمع خبراً مفزعاً مما جعله لا يستطيع الدخول في النوم، ثم يطلب المرشد ذكر مواقف مشابهة، تعرضوا فيها لكلا الحالتين ويتم تبادل الخبرات والأفكار.

بطاقة تعكس انفعالات مفرحة

تلقى أحمد خبر نجاحه بمساق يعتبر متطلباً إجبارياً لتخصصه، بعد أن أعاد أحمد هذا المساق للمرة الثانية.

بطاقة تعكس انفعالات محزنة

تلقى أحمد خبر رسوبه بمساق يعتبر متطلباً إجبارياً لتخصصه، بعد أن أعاد أحمد هذا المساق للمرة الثانية.

- يقوم المرشد بتدريب الأعضاء على تحديد وقت النوم من خلال تنظيم الساعة البيولوجية لديهم، كما يدربهم على ضبط البيئة والمثيرات التي تبعث الأرق، وتدريبهم على مهارات الضبط الذاتي لوقت ومكان النوم والاسترخاء، والعودة إلى السرير فقط في حالات النعاس الشديد.
- ينهي المرشد الجلسة بتلخيصها ويشكر الأعضاء على حضورهم ومشاركتهم واستماعهم ويُحيي فيهم ذلك، ويؤكد على أهمية حضورهم في اللقاء القادم.

الواجب البيتي:

يطلب المرشد من الأعضاء تسجيل عدد المرات التي ظهر فيها الأرق، والأسباب المؤدية له خلال أسبوع من تاريخ الجلسة.

اليوم	عدد المرات التي ظهر فيها الأرق	الأسباب الباعثة للأرق

الجلسة الرابعة: أسباب الأرق الانفعالية وآثارها وانعكاساتها على الانفعالات.

أهداف الجلسة:

1. أن يناقش المرشد والأعضاء الواجب البيتي.
2. أن يحدد الأعضاء أسباب الأرق الانفعالية.
3. أن يحدد الأعضاء آثار الأرق الانفعالية.
4. أن يتم تدريب الأعضاء على بعض المشاعر الإيجابية قبيل النوم.
5. أن يصف الأعضاء حالتهم الانفعالية أثناء الشروع في النوم.

الأساليب:

أنشطة تدريبية.	التغذية الراجعة.	النشرات الإرشادية.
إعطاء التعليمات.	الواجبات البيتية.	الحوار والمناقشة.
لعب الدور.	التعزيز.	

إجراءات وأنشطة الجلسة:

- يرحب المرشد بالأعضاء ويلخص أهم الأفكار التي وردت في الجلسة السابقة، ثم يتابع أداء الأعضاء للواجب البيتي، ويترك لهم المجال لعرض ما قاموا به، ويقدم لهم تغذية راجعة، ويستمع إلى أية صعوبات واجهتهم.
- يوضح المرشد للأعضاء دور المشاعر السلبية والإيجابية في نوعية وطبيعة النوم، ويحدد المرشد للأعضاء أهم أسباب الأرق الانفعالية، والتي تتمثل في: القلق، الخوف، الغضب، الحزن المستمر، الاشمئزاز، الشعور بالذنب، الفرح أو الدهشة، الاكتئاب، اضطراب المزاج، الهوس، اضطراب القلق العام، الوسواس القهري، كما يؤكد المرشد على قوة العلاقة بين القلق والاكتئاب والأرق.
- يعرض المرشد قائمة تحتوي على عدة انفعالات، منها انفعالات إيجابية وأخرى سلبية، يطلب من الأعضاء قراءتها والتمعن بها لوصف حالتهم الانفعالية، ومناقشتها مع المجموعة لتحديد مدى انطباقها عليهم.

الانفعالات الإيجابية: الحب، الابتهاج، الأمل، الفرح، السعادة، الثقة، الاستمتاع، الاندهاش، الإلهام، الاطمئنان، الفرح، السرور، الاهتمام (Fredrickson,1998).

الانفعالات السلبية: الشعور بالضيق، الاكتئاب، الانزعاج، الشعور بالذنب، الخوف، العصبية، الشعور بالخجل، الغضب، التوتر، تعكر المزاج، الشعور بالخزي، القلق، الهيجان العاطفي،

الاشمئزاز، الإحراج، التعاسة، الحزن الشديد، العزلة، الاكتئاب (Smits& de boeck, 2002).

• يناقش المرشد بعض الحالات الانفعالية ذات العلاقة الوطيدة بنوعية ومدة النـوم، ويؤكـد أن الأرق الملازم للحالة الانفعالية يكون لفترة زمنية قصيرة في أغلب أحيانه بينما في حالاتٍ قليلـةٍ يتحول إلى أرقٍ مزمن أو أرق حاد لدى الفرد، مثل الأرق الذي يـصاحب الحـالات الآتيـة: الوحدة، الحزن، الصدمة أو فقدان الأحبة أو فقدان عزيز، الغضب، الاندفاع، الحب الرومانـسي (الحب عند المراهقين)، الخلل في تنظيم أوقـات النـوم واليقظـة، شـدة الانفعـالات الـسلبية والاضطراب ثنائي القطب (Baglioni, et al., 2010).

يطلب المرشد من الأعضاء ذكر بعض الأمثلة والخبرات الحياتية الباعثة للأرق أمـام المجموعة.

• يناقش المرشد والأعضاء أبرز آثار الأرق التي تقسم إلى آثـار جـسدية مثـل: الـصداع، والشعور بثقل في الرأس، والدوخة، وخفقان في القلب، وفقدان لطاقة وحيوية الجسم، والـشعور بالضغط والإجهاد والتعب الجسدي، كما يؤثر على أداء الفرد وقدراته في العمل مما يسبب فـي تراجع الإنتاج وقد تكون آثار الأرق معرفية مثل: كثـرة النـسيان، وصـعوبة فـي التركيـز (Khemlani, 2008). كما يمكن أن تكون آثاراً انفعالية مثـل: الاكتئـاب، والقلـق، والغـضب والضغط والتوتر، واضطراب المزاج، والاضطراب ثنائي القطب، التي تؤثر على ثقـة الفـرد بنفسه وعلاقاته الانفعالية مع الآخرين، والاستماع، والتعاطف، والقبول، والاحتـرام للآخـرين، ويؤثر على رفاهية الفرد في الحياة، كما يؤثر على مفهوم الذات عند الأفراد.

• يدرب المرشد الأعضاء على بعض عادات النوم مثل: تدريبهم على الاسترخاء والتخلص من القلق وبواعثه، وتدريبهم على التمارين الرياضية التي تساعد على طـرد الانفعـالات الـسلبية، وتقلل من الضغط والتوتر، وتعالج الاكتئاب وتخفض من اضطرابات المزاج، مثل الاستماع إلى الموسيقى الهادئة، ومشاهدة بعض المناظر الطبيعية التي تبعث على الاسـترخاء، كمـا يـدرب المرشد الأعضاء على مهارات الضبط الذاتي لمواعيد النوم، وطبيعة النوم، ومدة النـوم، وبيئـة النوم، والحد من تناول المنبهات التي تؤدي إلى الأرق مثل القهوة والشاي، من خـلال تزويـد الأعضاء بمعلومات حول آثارها.

• يوضح المرشد للأعضاء أهمية التوازن الغذائي في علاج الأرق، كما أن قضاء الأوقات مـع الأشخاص المحبوبين لدى الشخص أو الحديث عن المشاعر الإيجابية تساعد في القـضاء علـى الأرق والتخلص منه.

- يطلب المرشد من الأعضاء وصف مشاعرهم أثناء الشروع في النوم مــن خــلال عــرض تمرين (1).
- يلخص المرشد أهم الأفكار التي وردت في الجلسة، ويذكر الأعضاء بموعد الجلسة القادمــة، ويشكرهم على التزامهم.

الواجب البيتي :

يطلب المرشد من كل عضو أن يحدد أسباب الأرق الانفعاليــة بالنــسبة لــه، وآثارهــا عليــه، ومناقشتها في اللقاء القادم.

تمرين (1)

عندما توجهت إلى مكان النوم الخاص بك، بدأت تشعر بعدم القدرة على الدخول في النوم.

يطرح المرشد الأسئلة الآتية:

* هل واجهت خلال الشهر الماضي شعوراً بعدم القدرة على الدخول في النوم ؟

*كم مرة.................ما هي المواقف الانفعالية المسببة لذلك برأيك..............؟

* ما هي الآثار المترتبة على ذلك؟

* هل تستطيع وصف مشاعرك في تلك اللحظة؟

*ما هي الحلول التي تقترحها في مثل هذه الحالة ؟

ينظم المرشد إجابات الطلبة.

الجلسة الخامسة: الوعي بالذات والآخرين.

أهداف الجلسة:

1. أن يناقش المرشد مع الأعضاء الواجب البيتي.
2. أن يتعرف الأعضاء على مفهوم الوعي بالذات والآخرين.
3. أن يتدرب الأعضاء على الوعي بالذات والآخرين.
4. أن يحدد الأعضاء طبيعة مشاعرهم نحو أنفسهم.
5. أن يتدرب الأعضاء على تحقيق ذواتهم.

الأساليب:

أنشطة تدريبية.	التغذية الراجعة.	النشرات الإرشادية.
إعطاء التعليمات.	الواجبات البيتية.	الحوار والمناقشة.
لعب الدور.	التعزيز.	

إجراءات وأنشطة الجلسة:

- يرحب المرشد بالأعضاء ويستعرض أفكار الجلسة السابقة، ثم يتابع أداء الأعضاء للواجب البيتي.
- يناقش المرشد الأعضاء حول مفهوم الوعي بالذات، ثم يقدم تعريفاً بقوله: هو القدرة على أن تتعرف على مشاعرك، وأن تدرك ما تشعر به ولماذا، كما يعني الاهتمام بما تراه وتسمعه وليس بما تعتقد أنك تراه أو تسمعه (Wilding, 2007).
- يدرب المرشد الأعضاء على تمرين الوعي بالذات (شعوري هذا اليوم)، حيث يعرض على الأعضاء صوراً لأفراد تصف حالتهم الانفعالية وشعورهم، ثم يطلب منهم التعبير عن حالتهم الانفعالية والوعي بذواتهم. تمرين (1)
- يدرب المرشد الأعضاء على الوعي بالذات من خلال تمرين (أنا البطل أو الأحمق)، حيث يقسم المرشد ورقة إلى عمودين يطلب منهم ذكر موقف كان يشعر فيه بأنه بطل، وموقف آخر شعر فيه أنه أحمق (Lynn, 2005). تمرين (2)
- يوضح المرشد معنى الوعي بالآخرين بقوله: هو القدرة على فهم مشاعر الآخرين، ووصف حالتهم الانفعالية بدقة، وقبول واحترام الآخرين، والقدرة على بناء علاقات معهم، ويقوم على عدة مهارات كالتعاطف، وفهم الآخرين، والاستماع إليهم، والتفاؤل، والمرونة الاجتماعية، والتساؤل، ويعتبر مكوناً أساسياً من مكونات الذكاء الانفعالي، ثم يدرب الأعضاء على مفهوم الوعي بالآخرين من خلال مشهد يعرضه للأعضاء ويتم مناقشته. تمرين (3) (Mersinoe, 2007).

• يدرب المرشد الأعضاء على تحديد مشاعرهم من خلال تمـرين (أنـا)، ويـشرح المرشـد خطوات التمرين ومتطلباته، حيث يحتوي على كلمات متبوعة بفراغات على العضو قراءتهـا، ثم وصف الحالة الانفعالية التي يشعر بها. تمرين (4)

• يعرّف المرشد مفهوم تحقيق الذات بقوله "هو سعي الفرد نحو الكمال وتحقيق إمكانيات الفـرد الفطرية والإيجابية، حيث تعتبر ذات الفرد هي نتاج الخبرات التي يمر بها، وتقييم الفـرد لذاتـه يكون تدريجياً مع الرغبة في تحقيق الذات المثالية التي يحلم بها، وغالباً مـا يـسعى الإنـسان إلى تحقيق ذات واقعية تتواءم مع إمكانياته وخبراته ودرجة تكيفه مع بيئته بـدلاً مـن الـسعي لتحقيق ذات مثالية غير واقعية. ويؤكد ماسلو (Maslow) أن الإنسان يولد وهو محفز لتحقيـق احتياجات أساسية على شكل هرمي، يبدأ بالحاجات الفسيولوجية كـالجوع والعطـش، مـروراً باحتياجات الأمن والسلامة، ثم احتياجات الانتمـاء والتقبـل مـن المجموعـة، وصـولاً إلـى احتياجات اعتبار واحترام الذات في قمة الهرم، وبعد تحقيق كل هذه الحاجات يجاهـد الإنـسان لتحقيق ذاته ليصل إلى أسمى مراحل الاكتفاء الـذاتي والـسلامة النفـسية. ويـصنف الأفـراد المحققون لذواتهم بأنهم واقعيون، متقبلون لأنفسهم وللآخرين، مركزون على أهدافهم وعلى حـل مشاكلهم، مستقلون، ديمقراطيون، ويتمتعون بروح الخلق والإبداع.

• يدرب المرشد الأعضاء على تمرين (بقعة ضوء) للمراهقين، لوصف مدى تحقيـق العـضو لذاته والتعرف على انجازاته التي قام بها، ومدى رضاه عن تلك الانجازات. تمرين (5)

• يلخص المرشد الجلسة، ويناقش ردود فعل الأعـضاء ومـشاعرهم تجـاه الجلـسة، ويـذكر الأعضاء بموعد الجلسة القادمة، ويشكرهم على التزامهم ومساهماتهم.

الواجب البيتي:

يطلب المرشد من كل عضو أن يصف نفسه بعدة عبارات إيجابية وسلبية يعتقد أنها تـؤثر فيـه، مركزاً على عدم المبالغة أو البعد عن الحقائق أثناء الكتابة لتلك النقاط، بلْ عليه أن يكون واقعيـاً في كتاباته وأفكاره.

تمرين (1) **شعوري هذا اليوم**

يطلب المرشد من الأعضاء النظر في الصور المدرجة في الأسفل، وتحديد ما يشعر بـه العضو في هذا اليوم، ثم يختار صوراً تتناسب مع شعوره هذا اليـوم، بحيـث تكـون الأقـرب

لوصف مشاعره، كما يطلب المرشد من الأعضاء أن يكتب كل منهم الأسباب الكامنة وراء صورتين أحدهما صورة توحي بانفعال سلبي، وأخرى توحي بانفعالٍ إيجابي.

كيف تشعر اليوم؟



تمرين (2) **أنا البطل أو الأحمق** Champion Or Chump

يطلب المرشد من الأعضاء تقسيم ورقة إلى عمودين، يكتب في العمود الأول المواقف التي شعر فيها أنه البطل، وفي العمود الثاني يكتب المواقف التي شعر فيها أنه أحمق بعد إعطائهم

أمثلة على كل موقف، ثم يطلب منهم كتابة ثلاثة مواقف حقيقية شعر فيها أنه بطل وأخرى شعر نفسه فيها أحمق.

	المواقف التي شعرت فيها أنك بطل	المواقف التي شعرت فيها أنك أحمق
مثلاً:	**سألت صديقي أحمد عن إمكانية تقديم مساعدة له.**	**مثلاً: لم يبد رأياً له أثناء الاجتماع الذي عقد في المدرسة.**
1.		
2.		
3.		

تمرين (3) **الوعي بالآخرين.**

يعرض المرشد المشهد الآتي:

"رجل يجلس في مقعده في الحافلة وإلى جانبه مقعد فارغ، لا يريد لأحد أن يجلس في المقعد المجاور له ويزعجه, يضع حقيبته في المقعد المجاور، و يمسك بجريدة و يبدأ بقراءتها، والحافلة تزدحم بالركاب، وهم يبحثون عن مقعد يجلسون فيه, يسترق النظر إلى الناس من خلف الجريدة ويفردها أكثر ليجعل الناس لا يرغبون في الجلوس في المقعد المجاور له.

الموقف:

أنه يهتم بحاجته فقط ويعتبر حاجات الآخرين أقل أهمية, وأنه ينظر إلى الآخرين كمشكلة أو مصدر تهديد له.

المشاعر:

يشعر بالقلق، والضيق، والتوتر، والغضب من الآخرين الذين يمكن أن يجلسوا بجواره.

تمرين (4) **تمرين أنا**.......I Am ..!

قم بملء الفراغات الآتية استناداً إلى طبيعة شعورك، ثم استخدم بعض الكلمات الخاصة بك لوصف مشاعرك، يهدف هذا التمرين إلى تنمية الوعي بالذات، ومساعدتنا في معرفة أنفسنا.

على سبيل المثال:

أنا في غاية السعادة عندما ________________________

أشعر بالحرج عندما ________________________

أحمل أفكاراً سلبيةً عن نفسي عندما ________________________.

أنا________________ عندما________________________

أنا________________ عندما________________________

أنا________________ عندما________________________

أشعر________________ عندما________________________

أشعر________________ عندما________________________

أشعر________________ عندما________________________



(Anon ymous,2003)

تمرين (5) **بقعة ضوء للمراهقين Teen Spotlight**

يهدف هذا التمرين إلى تدريب الأعضاء على تحديد الأهداف والانجازات الذاتية من خلال استخدام المخطط الآتي، حيث يتضمن: انجازات الفرد، وبعض العناوين كما يلي:

<table dir="rtl">
<tr><th colspan="4">العنوان الرئيسي</th></tr>
<tr><td>طعامك المفضل.</td><td colspan="2" rowspan="2">الصورة الذاتية</td><td rowspan="5">مقال حول أعظم انجازٍ خاص بك.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">أكثر شي فكاهي حدث لك؟</td></tr>
<tr><td rowspan="3">قصة خاصة بأصدقائك</td><td>المجموعات والأغاني المفضلة لديك</td></tr>
<tr><td rowspan="2">قائمة بنقاط قوتك الشخصية</td></tr>
<tr><td>خطتك المستقبلية</td></tr>
</table>

(Anon ymous,2003)

الجلسة السادسة: إدارة الانفعالات وضبطها وفهمها وتحليلها وتفسيرها.

أهداف الجلسة:

1. أن يناقش المرشد والأعضاء الواجب البيتي.
2. أن يتعرف الأعضاء على مفهوم إدارة الانفعالات وضبطها.
3. أن يتدرب الأعضاء على إدارة وضبط الانفعالات.
4. أن يتدرب الأعضاء على فهم الانفعالات وتحليلها.

الأساليب:

أنشطة تدريبية.	التغذية الراجعة.	النشرات الإرشادية.
إعطاء التعليمات.	الواجبات البيتية.	الحوار والمناقشة.
لعب الدور.	التعزيز.	

إجراءات وأنشطة الجلسة:

- يرحب المرشد بالأعضاء ويراجع أهم الأفكار التي وردت في الجلسة السابقة، ويناقش الواجب البيتي للأعضاء، ويستمع إلى أرائهم وأفكارهم، ويقدم لهم تغذية راجعه ويذلل الصعوبات التي واجهتهم.
- يوضح المرشد للأعضاء مفهوم إدارة الانفعالات بقوله "هي القدرة على التحكم والسيطرة على الانفعالات السلبية، وتحويلها إلى انفعالات إيجابية، حيث يتمكن الفرد من إدارة انفعالاته وأفكاره، بطرقٍ مرنة ومتوافقة مع مختلف المواقف، والقدرة على تحمل الانفعالات العاصفة من خلال تقبلها وليس قمعها؛ لأن كل الانفعالات والمشاعر ذات أهمية وقيمة في الحياة، كما تعني أن يكون الفرد سيّد نفسه حينما يتعرض لانفعالات مختلفة في الحياة، ويكون قادراً على إدارتها؛ لأن عدم القدرة على إداراتها والتحكم فيها تبعث القلق والغضب وعدم الشعور بالسعادة النفسية (معمريّه،2005).
- يدرب المرشد الأعضاء على بعض المهارات والتمارين التي تساعدهم في السيطرة على انفعالاتهم، مثل تمرين (لا تفقد هدوءك). تمرين (1)
- يقوم المرشد بتدريب الأعضاء على إستراتيجية إشارة المرور لمساعدتهم على إدارة وضبط انفعالاتهم. تمرين (2)
- تدريب الأعضاء على مهارات إدارة الغضب من خلال إعطائهم نموذجاً يقترحون فيه بعضاً من الخطوات والأساليب اللازمة لعلاج الغضب. تمرين (3)

- يقوم المرشد بتوضيح مفهوم فهم الانفعال بقوله "هو القدرة على الوصف الدقيق لمعنى الانفعالات، مع تطابق وتناسق بين تعابير الوجه، والتعبير الحقيقي لمعنى الانفعالات مثلاً: يقول أنه حزين فتبدو عليه إشارات الحزن، أما تفسير الانفعالات فتعني "القدرة على تفسير معنى الانفعالات والعلاقة بينها، ومعنى تحليل الانفعالات "هو القدرة على تحليل المشاعر المتداخلة، كما تشمل القدرة على معرفة الانفعالات التحويلية مثل التحول المفاجئ من الرضا إلى الغضب والعكس، مثل الرهبة التي تتداخل بين الخوف و الفزع" (معمريه،2005). ثم يدرب المرشد الأعضاء على فهم انفعالاتهم، ومعرفتها، وتحليلها، من خلال شرح وتوضيح تمرين فهم الانفعالات. تمرين (4)

- يناقش المرشد الأعضاء ببعض الأفكار العلاجية مثل: تحمل مسؤولية أفعالهم وتصرفاتهم ضمن مجموعة من الخطوات: كالتهدئة، ووضع القواعد الأساسية بحيث ترضي جميع الأطراف المتنازعة، والاستماع لكل طرف على حده للتعبير عن أفكاره ومشاعره، وتبادل الأفكار والآراء للوصول إلى حلول مرضية لكل الأطراف، وتحسين العلاقات بين الأطراف المتنازعة.

- يقوم المرشد بتوضيح تمرين المربعات الانفعالية بقوله "يهدف هذا التمرين إلى مساعدة المتدرب لتحديد أعماله وسلوكاته الإيجابية أو السلبية عند شعوره مثلاً بالخوف، فالفعل الإيجابي للمثير الباعث للخوف هو مواجهة هذا المثير وعدم تجنبه، أما الفعل السلبي للمثير الباعث للخوف هو الهروب تجنباً لمصدر الخوف.

- يلخص المرشد الجلسة بعدة أفكار، ويناقش ردود فعل ومشاعر الأعضاء تجاه الجلسة، ثم يذّكر الأعضاء بموعد الجلسة القادمة، ويشكرهم على حسن إصغائهم ومشاركتهم وحضورهم.

الواجب البيتي

تمرين المربعات الانفعالية (Emotional Squares)

تمرين المربعات الانفعالية (Emotional Squares) (واجب بيتي).

يقوم المرشد بتوضيح تمرين المربعات الانفعالية، حيث يحتوي على وصف لعمل إيجابي تقوم بفعلة عند شعورك بهذه العاطفة، وآخر سلبي، بعد أن تقرأ العاطفة فـــي الجانــب الأيمــن لوصف حالة الفرد الانفعالية.

الحالة الانفعالية للفرد	الفعل الإيجابي	الفعل السلبي
متهيّج		
غاضب		
مكتئب		
حزين		
خائف		
قلق		
سعيد		

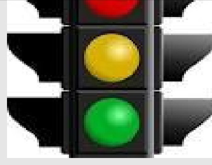
(Anon ymous,2003)

تمرين (1) **لا تفقد هدوئك** Don’t Lose Your Cool

يوضح المرشد للأعضاء أن كل فرد فينا يمر بظروف وأسباب تدفعه إلى فقدان هدوئــه، ثم يقوم المرشد بسؤال الأعضاء: ما أسباب فقدانك لهدوئك؟ يطلب المرشد من الأعضاء قــراءة العبارات أدناه، ثم وضع إشارة (√) بجانب كل عبارة قد تدفعك إلى فقدان هدوئك........

_______ عندما تكون متأخّراً.	_______ عندما تخسر شيئاً ثميناً.
_______ عندما يكون لديك واجب بيتي.	_______ عند مخاصمة الآباء.
_______ عندما ترعى الأطفال.	_______ عندما تحصل على الموعد المناسب.
_______ عندما تذّهب إلى طبيب الأسنان.	_______ طبيعة عملك.
_______ عند جلوسك مع الأصدقاء.	_______ عندما تتقدم للاختبار.
_______ عند وضع قيود ملزمة في البيت.	_______ عند ممارسة ألعاب فيديو.
_______ عندما تقوم بترتيب بعض أعمالك.	_______ عند استعمال الحاسوب.
_______عند قلة النوم.	_______ عند مشاهدة الاعلانات التجارية.
_______ عندما تدرس مادة الرياضيات.	_______ عند أخذ إبرة طبية.
_______ عندما تدرس مادة اللغة الانجليزية.	_______ عند مرافقة الآباء إلى مكان ما.
	_______عندما تخاصم بعض أصدقائك.
_______ عندما تأكل طعاماً من مطعم.	_______عند رؤية سائق مهمل.
_______ عندما تكون مريضاً.	_______ عند رؤية سائق بطيء.
_______ عندما تتعامل مع أناسٍ سيئين.	_______ عند الجلوس مع أشخاص رفيعو المستوى.
_______ عندما لا يتوفر لديك مال.	_______عند بكاء طفلٍ رضيع.
_______ عندما لا تجد وسيلة نقلٍ.	_______ عند رؤية أطفال عديمو الاحترام.
_______ عندما تلعب الرياضة وحدك.	_______ عندما يخونك صديقك.
_______	_______ عند خسران شيء تحبه.
(Anon ymous,2003)	

تمرين (2) **إستراتيجية إشارة المرور.**





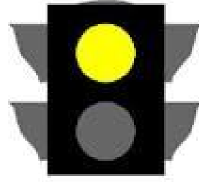
اللون الأحمر يعني : قف......

◊ اهدأ وفكر قبل أن تتصرف ؟

فكر في الأسئلة الآتية :

◊ ما هي فوائد السيطرة على انفعالاتي السلبية؟

◊ ما هي أضرار عدم السيطرة على انفعالاتي السلبية ؟



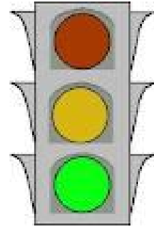
اللون الأصفر: استعدّ.....

◊ **استعد** لمواجهة القناعات المبرمجة لديك والتي تمنعك من السيطرة على انفعالاتك.

◊ **استعد** لاستخدام الرسائل الإيجابية في المواجهة.

◊ **استعد** لرؤية الصورة بطريقةٍ مختلفةٍ.

◊ **استعد** لتضع هدفاً إيجابياً، فكر في بدائل للوصول إلى الحل، ثم فكر في النتائج هل تحققت توقعاتك.



اللون الأخضر: انطلق.......

◊ **انطلق** لاختيار أفضل الحلول لمعالجة أسباب الانفعال.

◊ **انطلق** لتغيير أسلوب حياتك ليساعدك على تجنب الانفعال السلبي مستقبلاً.

(Anon ymous,2003)

تمرين (3) **للتعامل مع الغضب**Get a Grip on Anger

يقوم المرشد بتدريب الأعضاء على تمرين التعامل مع الغضب بقوله: أن تكــون حازمــاً لا يعني أن يكون الحزم طريقاً للحصول على أهدافك، ولا تجعل الغضب وسيلة لتحقيــق غاياتــك، حيث يمكنك التعبير عن رغباتك بطرق أخرى، يطلب المرشد من الأعضاء التفكير فــي بعــض الطرق الإيجابية للتعامل مع الغضب، والتفكير في بعض الطرق الــسلبية أيــضاً للتعامــل مــع الغضب، ثم يجري العضو مقارنة بين الطرق الإيجابية والسلبية.

◊ ____________________ ________________________

◊ ____________________ ________________________

◊ ____________________ ________________________

◊ ____________________ ________________________

◊ ____________________ ________________________

◊ ____________________ ________________________

◊ ____________________ ________________________

◊ ____________________ ________________________

◊ ____________________ ________________________

◊ ____________________ ________________________



(Anon ymous,2003)

تمرين (4) **فهم الانفعالات**

القدرة على فهم الانفعالات تساعدك في التعرف على نفسك، وتدرب الأعضاء على تعديل مهاراتهم، يطلب المرشد من الأعضاء قراءة المفاهيم المدرجة في الجزء الأعلى، واختيار تعريف صحيح لكل مفهوم من العبارات في الأسفل من الصفحة، لاكتمال معنى المفهوم.

1. ______ القدرة على تحمل الضغط.
2. ______ الاستقلال.
3. ______ التعاطف.
4. ______ الاعتبار الذاتي.
5. ______ التفاؤل.
6. ______ السيطرة على الدوافع.
7. ______القدرة على حلّ المشكلة.
8. ______ القدرة على تحمل المسؤولية الاجتماعية.
9. ______ الإصرار .
10. ______ المرونة.
11. ______ بناء العلاقة الشخصية.
12. ______ الوعي الذاتي العاطفي.
13. ______السعادة.
14. ______ تحقيق الذات.

a) أنا عضو في المجتمع ومسؤول اجتماعي، وقلق بشأن الآخرين.
b) أنا قادر على مقاومة محفزاتي، ولا أمارسها إلا عند اختياري.
c) أنا قادر على الإنجاز حسب قدراتي وإمكانياتي، وهناك أشياء في الحياة تبدو مثيرة وذات مغزى بالنسبة لي.
d) أنا قادر على فهم وقبول نفسي واحترامها.
e) أنا حسّاس لمشاعر الآخرين، حيث أهتم بهم وأقلق لأمرهم.
f) أنا أعتمد على نفسي، ومستقل ذاتياً في أفكاري وأعمالي.
g) أنا قادر على النظر إلى الجانب الأبرز في الحياة، ولديّ قدرة على التعامل الإيجابي في أصعب الظروف.
h) أنا قادر على تحديد المشاكل وإيجاد حلول لها.
i) أنا أعرف ماذا أشعر ولماذا أشعر بالعمل الذي أقوم به.
j) أنا قادر على إقامة وتأسيس علاقات متبادلة ومستمرة مع الآخرين.
k) أنا قادر على تحمل المواقف الضاغطة دون فشل وقادر على التعامل بنشاط وإيجابية معها.
l) أشعر بالراحة في حياتي، وفي المدرسة، والعمل المدرسي، ولديّ القدرة على التمتع بحياتي.
m) أنا قادر على تعديل مشاعري وسلوكي وأفكاري، ولديّ انفتاح لعمل أشياء جديدة.
n) أنا قادر على إبداء أفكاري ومشاعري، وقد أسأل عما أحتاجه أدافع عن حقوقي بطرق بناءه.

(Anon ymous,2003)

الجلسة السابعة: الدافعية الذاتية والتحفيز الذاتي، والحاجات العلاقاتية.

أهداف الجلسة:

1. أن يناقش المرشد والأعضاء الواجب البيتي.
2. أن يتعرف الأعضاء على مفهوم الدافعية الذاتية والإنجاز الذاتي.
3. أن يتم تدريب الأعضاء على الدافعية الذاتية.
4. أن يتعرف الأعضاء على مفهوم الحاجات العلاقاتية.
5. أن يحدد الأعضاء حاجاتهم العلاقاتية ومجالات تطبيقها.

الأساليب:

أنشطة تدريبية.	التغذية الراجعة.	النشرات الإرشادية.
إعطاء التعليمات.	الواجبات البيتية.	الحوار والمناقشة.
لعب الدور.	التعزيز.	

إجراءات وأنشطة الجلسة:

• يرحب المرشد بالأعضاء، ويلخص أهم الأفكار التي وردت في الجلسة السابقة، ويتـابع أداء الأعضاء للواجب البيتي.

• يوضح المرشد مفهوم الدافعية الذاتية بقوله "هي القدرة على تحفيز الذات وتقدم الفرد وسـعيه نحو دوافعه, كما يعتبر الأمل محفزاً ومكوناً للدافعية لكثير من الأفراد، مما يجعلهـم يتمـسكون بتحقيق أحلامهم وطموحاتهم بكل عزيمة وإصرار (أي هي القوّة المحرّكة بشكل دائـم للـسلوك عند الفرد), وترتبط بطريقة معايشته للخبرات التي يمر بها, وبالخصائص المميـزة لـه كفـرد, وبمشاعره الانفعالية, و سلوكاته الشخصية لتكون ذات طابع معرفي.

• يناقش المرشد مع الأعضاء مفهوم التحفيز الذاتي بقوله "هو شحن وتقوية المشاعر الداخليـة لكي تقود الفرد إلى تحقيق أهدافه، وتساعده على القيام بها، مـن خـلال التـدريب والتحـضير الذاتي، والمرونة الذاتية، وجلب المتعة الذاتية كعناصر أساسية للتحفيز الذاتي.

• يدرب المرشد الأعضاء على شحذ الدافعية الذاتية من خلال وضع عدة أهداف، ورسم خطـة واضحة المعالم لتحقيقها.

• يعرض المرشد على الأعضاء مشهداً يساعدهم على التحفيز الذاتي. تمرين (1)

• يوضح المرشد مفهوم الحاجات العلاقاتيـة بقولـه "الحاجـة هـي نقطـة البدايـة لإثـارة دافعيـة الكـائن الحـي، و التـي تحفـز طاقاتـه و تدفعـه فـي الاتجـاه الـذي يحقـق

إشباعها، ويطلب المرشد من الأعضاء قراءة النشرة، والتعرف على الحاجات الأساسية للأفراد، وتحديدها وتطبيق التمارين المطلوبة منها. نشرة (1)

- ينهي المرشد الجلسة بسؤال الأعضاء عن ردود أفعالهم ومشاعرهم تجاه الجلسة، ثم يلخص أهم أفكار الجلسة، ويشكر الأعضاء على التزامهم ومساهماتهم، ويذكرهم بموعد الجلسة القادمة.

الواجب البيتي:

يطلب المرشد من الأعضاء وضع مخطط يبرز فيه كل عضو خطته وأهدافه المستقبلية؟

تمرين (1) التحفيز الذاتي

يقوم المرشد بتكليف طالبين بتمثيل الحوار الآتي:

أحمد: هل تعلم يا علي بأنني أعاني من صعوبة في الشروع في النوم، لكنني سأحاول التغلب على ذلك قريباً.

علي: وكيف ذلك؟

أحمد: سأضع لنفسي خطة التزم بها للتخلص من صعوبات النوم.

علي: حقاً، وأنا سأضع لنفسي خطة أيضاً للتخلص من الاستيقاظ الباكر الذي أعاني منه منذ فترة.

* يتدخل المرشد بمناقشة الأعضاء حول معاناة أحمد وعلي، ويطرح الأسئلة الآتية:

* ما هي مشكلة أحمد و علي؟

* ما هي أهداف كل من أحمد وعلي؟

*ما فائدة التخطيط المسبق ووضع الفرد هدفاً لنفسه؟

* إذا وضعت هدفاً لنفسك، إلى أي درجة تستطيع أن تلتزم به وتحققه؟

* عدد ثلاثة أهداف عامة وضعتها كمخطط لمستقبلك؟

(**الصرايرة**، 2003).

نشرة (1) الحاجات العلاقاتية

هناك حاجات يشترك بها عموم البشر، وهي حاجات عاطفية مستمرة للتفاعل الذاتي والاجتماعي مع الآخرين وتقوية أواصر المحبة بين الأفراد وهي:

1. **التقبل**: وتعني قبولك الآخرين طوعاً دون قيد أو شرط، وإبداء محبتك لهم رغماً عن الخلافات بينكم، ولتحقيق هذه الحاجة لابدّ من فصل قيمة الشخص وقدره عن سلوكه، فلكل فرد منا قيمته وقدره، فمثلاً يمكنني تقبل صديقي رغماً عن تصرفاته وسلوكاته المؤخرة معي، يطلب المرشد من الأعضاء ذكر موقف تجاوز فيه أحدهم أخطاءَك من أجل حاجتك إلى التقبل، حيث أطلب ممن تجاوز أخطائي، وعبّر لي عن شدة اهتمامه بي أن يعبر عن شعوره تجاه هذا الفرد، فيقول شعرت ب ________________ تجاه هذا الفرد.

2. **الحاجة للمودة**: وتتم المودة من خلال التعبير عن الاهتمام والرعاية والقرب الانفعالي والجسدي، من خلال العبارات مثل: "أنا أحبك " أنا أهتم بك ." كما يتم التعبير اللفظي بين الأصدقاء.

3. **الحاجة للتقدير**: وتعني التعبير عن الشكر والتقدير، والإشادة، والمديح، خاصة عندما يتم تقديم العرفان، ويركز التقدير على ما يفعله الشخص، ثم على ما يشعر به حيال هذا الموقف.

يطلب المرشد من الأعضاء كتابة ثلاثة أسماء لأشخاص، وثلاثة مواقف قدم فيها التقدير كخبرة عمليه من حياته.

أنا اقدّر _________ لأنه ____________________________________.

أنا اقدّر _________ لأنه ____________________________________.

أنا اقدّر _________ لأنه ____________________________________.

4. **الحاجة للاهتمام**: تعني الانتباه وتقديم العناية والرعاية بشكل ملائم من أجل الدخول إلى العالم الداخلي الخاص بالأفراد، ويتطلب الاهتمام الملاحظة المباشرة والاستماع الفعال.

*يطلب المرشد من الأعضاء ذكر ثلاثة مواقف وأسماء أشخاص شعر باهتمامهم به ويصف شعوره آنذاك؟

5.**الحاجة للتشجيع**: وهي حث الآخرين على الإصرار، والمثابرة على بذل الجهد لتحقيق أهدافهم من خلال تحفيزهم على تقديم المحبة والقيام بالأعمال الحسنة.

6.**الحاجة للاحترام**: وهي تقييم الفرد للآخرين بصورة عالية، والمعاملة القائمة على أساس الأهمية والتقدير الفعلي.

7.**الحاجة للامان**: وتهدف إلى تحرير الفرد من الخوف والأوهام، وتتم من خلال التعبير المتبادل بين الأفراد الذين يشعرون بعدم الأمان، وتعزيز الثقة بينهم، وحل الصراعات والأعمال غير المنتهية.

8. **الحاجة إلى الاستقلال:** تظهر بوضوح عند المراهقين عند رفضهم سؤال آبائهم عنهم في المدرسة، فالمراهق يتمتع بثقة عالية في قدرته على اتخاذ القرارات بطريقة مناسبة (Ferrguson, 2007).

الجلسة الثامنة: المهارات الاجتماعية.

أهداف الجلسة:

1. أن يناقش المرشد والأعضاء الواجب البيتي.
2. أن يتعرف الأعضاء على مفهوم المهارات الاجتماعية.
3. أن يتدرب الأعضاء على مهارة التعاطف.
4. أن يتدرب الأعضاء على مهارة الاستماع والإصغاء الفعال.
5. أن يتدرب الأعضاء على مهارة المرونة الاجتماعية.
6. أن يتدرب الأعضاء على مهارة التفاؤل.

الأساليب:

أنشطة تدريبية.	التغذية الراجعة.	النشرات الإرشادية.
إعطاء التعليمات.	الواجبات البيتية.	الحوار والمناقشة.
لعب الدور.	التعزيز.	

إجراءات وأنشطة الجلسة:

- يلخص المرشد أهم الأفكار التي وردت في الجلسة السابقة، ويرحب بالأعضاء ويشكر حضورهم في الموعد المحدد، ويناقش أداء الأعضاء للواجب البيتي.
- يناقش المرشد الأعضاء بمفهوم المهارات الاجتماعية بقوله "المهارات الاجتماعية هي القدرة على التفاعل مع الآخرين في بيئة اجتماعية معينة، وبطرق اجتماعية مقبولة لصاحبها

والآخرين، ويركز هذا التعريف على السلوكات الإيجابية التي تكون مقبولة طبقاً للمعايير الاجتماعية دون إلحاق الضرر بالآخرين مثل: التعاطف، والمرونة الاجتماعية، والاستماع والإصغاء الفعّال، والتساؤل، والتفاؤل والأمل، والتعبير عن الذات (التعبير عن الأداء، والإطراء، والمجاملة، وتحسين صورة الفرد الآخر وتشجيعه مثل تقدير قيمة أدائه، ومدحه، والمهارات التوكيدية مثل: التقدم بمطالب، وإظهار الرغبة الذاتية في عدم الاتفاق، والتعبير عن الرفض بطرقٍ معقولة، والمهارات الاتصالية مثل: المحادثة، والإقناع.

- يناقش المرشد والأعضاء مفهوم التعاطف بقوله "هو فن الإحساس بالآخر، والتعاطف يعني أيضا تفهّم مشاعر الشخص الآخر وحاجاته وآلامه، والتعاطف هو القدرة على فهم وإدراك الحالة النفسية للشخص المقابل. ويعرّف روجرز التعاطف بأنه الإحساس بمشاعر الآخرين وفهم معنى هذه المشاعر دون فقدان النّفس، بمعنى الإحساس بمشاعر الشخص آلاخر، سعادته أو حزنه أو غضبه ...الخ، كما يشعر بها هو، وإدراك الأسباب الحقيقية خلفها دون فقدٍ للمشاعر والأحاسيس الشخصية، ثم يدرب المرشد الأعضاء على تمارين التعاطف. تمارين (1,2,3)
- يناقش المرشد الأعضاء حول مهارة الإصغاء الجزء المكمل للكلام، ثم يقدم تعريفاً للإصغاء الفعّال بقوله "إن الإصغاء هو الانتباه الواعي للمرسل (المتحدث) لفظياً وغير لفظياً، ويتطلب الإصغاء التركيز، والانتباه، والاستماع بشكل فعال إلى أفكار ومشاعر وآراء ورغبات وطلبات المتحدث"، ثم يوضح المرشد بعض الأمثلة على الإصغاء كأن يطلب من أحد الأعضاء أن يتحدث عن نفسه ومهاراته وعاداته الدراسية لمدة خمس دقائق، ويراقب المرشد فن الإصغاء والاتصال الذي تعلمه الأعضاء، ويطلب منهم نمذجة ذلك، والتدريب من خلال لعب الدور.
- يناقش المرشد والأعضاء مفهوم المرونة الاجتماعية بقوله "أن تكون قادراً على التكيّف مع التغييرات، وتقوم بأشياء مختلفة من خلال تعلم مهارات المرونة وتطويرها مثل تمرين لنعملها دائما بهذه الطريقة. تمرين (4)
- يقوم المرشد بتوضيح مفهوم التفاؤل بقوله "إنه القدرة على النظر إلى الجانب المشرق من الحياة والحفاظ عليها بشكل إيجابي، واستخدامها في مواجهة الشدائد"، ثم يطلب المرشد من الأعضاء تحديد بعض أهدافهم الخاصة في حياتهم موضحاً خطوات تطبيق هذه الأهداف، حيث يستمع المرشد للأعضاء ويتبادل الخبرات معهم.
- ينهي المرشد الجلسة بتلخيص أهم الأفكار التي وردت فيها، ويناقش ردود فعل و مشاعر الأعضاء تجاه الجلسة، ويذكّر الأعضاء بموعد الجلسة القادمة، ويشكرهم على التزامهم.

الواجب البيتي: تمارين التفاؤل.

يطلب المرشد من الأعضاء تحديد الأهداف التي تسعى إليها في حياتــك بحيــث تــشمل ثلاثة مجالات: تعليمية، اجتماعية، وجدانية، مبيناً الخطوات التي تحتاجها لتلبية تلــك الأهــداف، ويجب أن نكون صادقين مع أنفسنا في كتابة الأهداف وخطوات تحقيقها، وترتيبها ضــمن ســلم أولوياتنا.

تمارين التعاطف

تمرين (1)

المصروف اليومي.

"بينما كان أحمد يتجول في باحة المدرسة أثناء الفسحة، شاهد طالباً في الصف الخــامس الأساسي اسمه (زيد) يقف في إحدى زوايا الباحة وحيداً حزيناً، عيناه تذرفان الدموع، فتوجه إليه وبدأ حديث فيما بينهما، لأكثر من خمس دقائق، وبعد ذلك انصرف زيد مــسرعاً وســعيداً إلــى مقصف المدرسة".

يطرح المرشد الأسئلة الآتية :

- صف حالة الطالب زيد ؟
- صف مشاعر أحمد تجاه زيد ؟
- ما هي محتويات الحوار الذي تحدث به أحمد مع زيد ؟
- صف مشاعر الطالب زيد بعد انصراف أحمد عنه ؟
- صف مشاعرك لو كنت مكان أحمد ؟
- صف مشاعرك لو كنت مكان زيد ؟
- هل تؤيد الإجراء الذي قام به أحمد لمساعدة الطالب زيد وتقديم العون له ؟
- لو كنت مكان أحمد ولا يوجد لديك مبلغ مالي لمساعدة زيد، بماذا يمكن أن تساعده ؟

(الصرايرة،2003)

تمرين (2) **بلادة المشاعر**

يكتب المرشد القصة الآتية على بطاقة ويوزعها على الأعضاء:

قصة "جاري" وهو جراح ماهر فقد القدرة على التعبير عن مشاعره لخطيبته "ألين"، وأصبح كثير النسيان فيما يتعلق بمشاعره نحوها، كما أنه أهمل مشاعرها، فإذا حدثته خطيبته عن شعورها بالخوف فإنه لا يبدي لها أية مشاعر، ولا يأبه بما تقول، وإذا حدثته عن الحب فإنه سرعان ما يرتبك وينتقل إلى موضوع آخر، دائما ما يوجه نقده إلى خطيبته، معتقداً أنه يساعدها، بيد أنه لا يدرك أنه يهاجمها، حاولت أن تنقل له بعض الأحاسيس والمشاعر من خلال الإيماءات وتعابير الوجه، لكنه في الحقيقة لا يبدي لها أيّ معنى"

يناقش المرشد والأعضاء الأسئلة الآتية:

- ما هي الانفعالات الرئيسية في القصة ؟
- لو كنت مكان "جاري، ألين" ماذا تفعل؟
- ما هي آثار عدم القدرة على التعاطف؟

الشعور بالارتباك والخوف والانتقال إلى موضوع آخر، الجفاف الانفعالي، السلوكات الإجرامية والاغتصاب.

(جولمان،2000)

تمرين (3) **رسالة إلى صديقي العزيز.**

يطلب المرشد من الأعضاء كتابة رسالة إلى شخص يثق به، يطلب منه تقديم المشورة له في مشكلة حقيقة في الحاضر أو في الماضي تشتمل على عدة حقائق ووقائع عاطفية، تجلب انفعالات القارئ، ثم يقوم أحد الأعضاء بقراءة هذه الرسالة، ويسأل بقية الأعضاء عن الانفعالات الظاهرة والانفعالات المخفية في محتوى الرسالة ومدى شعورهم وتعاطفهم حول هذه الرسالة.

(Anon ymous,2003)

تمرين (4) **لنعملها دائما بهذه الطريقة** "But We Always Do It This Way"

يشتمل هذا التمرين على موقف لشخصٍ يعاني من مرض، كيف يمكنك أن تفكر في حلـــول لبعض المشاكل إذا لم تكن مرناً، يطلب المرشد من الأعضاء كتابة قصة قصيرة لوصـــف يـــوم مهم بالنسبة لهم.

(Anon ymous,2003)

الجلسة التاسعة: التمييز بين الانفعالات وتنظيمها.

أهداف الجلسة:

1. أن يناقش المرشد والأعضاء الواجب البيتي.
2. أن يناقش المرشد أنواع ووظائف الانفعالات.
3. أن يحدد الأعضاء آثار الانفعالات على الجسد.
4. أن يتدرب الأعضاء على تجزئة وتمييز الانفعالات بشكل دقيق.

الأساليب:

أنشطة تدريبية.	التغذية الراجعة.	النشرات الإرشادية.
إعطاء التعليمات.	الواجبات البيتية.	الحوار والمناقشة.
لعب الدور.	التعزيز.	

إجراءات وأنشطة الجلسة:

- يرحب المرشد بالأعضاء ويلخص الأفكار التي وردت في الجلسة السابقة، ثم يتابع أداء الأعضاء للواجب البيتي، ويطلب من الأعضاء البحث والمناقشة في الواجب البيتي لمدة خمس دقائق، ويقدم لهم تغذية راجعة ويسهل التحديات التي تواجههم.
- يقوم المرشد بتوزيع بطاقات لكل مجموعة من المجموعات، لتحديد أنواع الانفعالات، ثم يطلب منهم ذكر موقف حقيقي لكل نوع من أنواع الانفعالات.

الانفعالات الأساسية وتسمى الانفعالات المشتركة بين البشر، وتشمل: المفاجأة، الدهشة، الفرح، السعادة، الحزن، اليأس، الألم، الغضب، الخجل، العار، الاشمئزاز، الخوف، والقلق، ويمكن تمييز هذه الانفعالات من خلال تعابير الوجه المختلفة (حنوش،2011).

الانفعالات المعقدة وتشمل: الفخر والاعتزاز، والشعور بالذنب، والتشويش والارتباك، ويتم تمييزها بالسلوك الظاهري والتعبير الشفوي في أغلب الأحيان (Rice, 1992).

- يناقش المرشد الأعضاء بوظائف الانفعالات بقوله" تلعب الانفعالات عدة وظائف في حياة الإنسان، منها وظائف: تكيفيه للمحافظة على البقاء والاستمرار مثلاً خوف الطفل من هجوم الكلب عليه يدفعه إلى الهروب والبحث عن سبل النجاة، كما تعتبر الانفعالات وسيلة اتصال؛ فالغضب مثلاً أو الحزن ينقل مؤشراً ورسالة إلى الآخرين بحدوث أمر مهم في حياة الفرد، كما تعتبر ذات أهمية للعلاقات الاجتماعية؛ فالتعبير عن الحب والتقبل والاهتمام يعتبر سلاحاً قوياً لجذب المحبوب وتقوية العلاقات الاجتماعية، ومن وظائف الانفعالات أيضاً أنها ذات دوافع فعّالة وقوية؛ حيث يميل الفرد إلى إتباع السلوكات التي تنسجم مع مشاعره الإيجابية، أو مشاعره السلبية، وللانفعالات وظيفة أخيرة هي اعتبارها مصدراً من مصادر المتعة والألم؛ لأن المشاعر الممتعة تبعث الفرح والسرور، والمشاعر المحزنة تبعث الألم والغضب والحزن.
- يوضح المرشد للأعضاء آثار الانفعالات على الصحة الجسمية من خلال نشرة يعرضها عليهم. نشرة (1)
- يقوم المرشد بعرض قائمة من الانفعالات، يطلب من الأعضاء إعادة ترتيب هذه الانفعالات وتمييزها إلى انفعالات إيجابية وأخرى سلبية. تمرين (1)

- ينهي المرشد الجلسة بمناقشة استجابات الأعضاء ويقدم لهم تغذية راجعة، ويشكر لهم التزامهم بالحضور، ويلخص أهم الأفكار التي وردت في الجلسة، ويذكرهم بموعد الجلسة القادمة.

الواجب البيتي:

اكتب ثلاثة مواقف على كل نوع من أنواع الانفعالات الآتية: الخوف، الغضب، الاكتئاب، السعادة وقد تشمل عواطف مثل الانبساط، الإثارة، الرضا، والمتعة، والسرور (Wilding, 2007).

نشرة (1) آثار الانفعالات على الصحة الجسمية.

تعتبر الانفعالات في جوهرها دوافع لأفعالنا، فهي الخطط الفورية للتعامل مع الحياة التي غرسها التطور في كياننا الإنساني، ويلعب كل انفعال في سجلنا الوجداني دوراً فريداً، كما توضحه البصمات البيولوجية المتميزة.

وتؤثر الانفعالات على الجانب الجسدي، والصحة الجسمية للفرد، حيث يستجيب الجسد للتجارب الانفعالية التي يمر بها الفرد، ونظام الأعصاب الاتوماتيكي الذي يخرج عن سيطرتنا، حيث أنه غير خاضعٍ للرقابة الطوعية، ويمكن للانفعالات أن تزيد أو تحد من معدل التنفس أو معدل ضربات القلب، كما توسع أو تضيّق بؤبؤ العين، وإطلاق السكر المخزن في الكبد، وتعمل على زيادة إفراز العرق من الغدد الجلدية وشد العضلات، وينتج عن ذلك فقدان السيطرة أو التحكم بالمثانة، وكلما كانت المثيرات الانفعالية طويلة وشديدة فإن الاستجابات الجسدية تكون شديدة ومستمرة، وإذا ما استمرت الحالة الانفعالية لفترة طويلة فإنها سوف تضر بالصحة الجسمية، فمثلاً الانفعالات الشديدة المستمرة لفترة طويلة تؤدي إلى إفراز كمية كبيرة من السوائل الحمضية، ومع طول الوقت تؤدي هذه الأحماض إلى إحداث ثقب في المعدة وتآكل في جدرانها مثلاً:

ففي حالة الغضب: يتدفق الدم إلى اليدين ليجعلهما قادرتين بصورة أسهل على القبض على السلاح أو ضرب العدو، وتتسارع ضربات القلب، وتتدفع الهرمونات مثل هرمون (الأدرينالين) فيتولد كم من الطاقة القوية تكفي للقيام بعمل عنيف. وفي حالة الخوف: يندفع الدم إلى أكبر العضلات حجماً، مثل عضلات الساقين، فيسهل الهرب، ويصبح الوجه أصفر اللون شاحباً.

تمرين (1) **تصنيف وبلورة الانفعالات.**

التشجيع، التفاؤل، الاحترام، الإحباط، التشاؤم، الاعتماد على الآخرين، الظلم، الشعور بالــذنب، الاكتئاب، الوحدة، التجاهل، الأمان، الاسترخاء، الاندفاع، الاستقلالية، الإنصاف، الفخر، الإثارة، التواصل، الاهتمام، عدم الاحترام، الخوف، التوتر، الملل، الأسى، الحزن الشديد، عدم البهجـــة، الكآبة، الرعب، الذعر، الانبساط، السعادة، المتعة، الاشمئزاز، الاحتقار، التجنب، الخجل، الذنب، الإرباك، الندم، الإذلال، إماتة الجسد، الفرحة، التسلية، الحب، القبول، الصداقة الثقـــة، اللطـــف، العشق والافتتان، نشيط فطن، محدد التفكير، ملهم، الشعور بالضيق، منزعج، العصبية، الغضب، تعكر المزاج، المفاجأة، الصدمة، التعجب، القلق، الصدمة، الاستمتاع.

المشاعر السلبية	المشاعر الإيجابية

الجلسة العاشرة: التعبير عن الانفعالات والإفصاح عن المشاعر الداخلية.

أهداف الجلسة:

1. أن يناقش المرشد والأعضاء أداء الواجب البيتي.
2. أن يتعرف الأعضاء على مفهوم التعبير الانفعالي.
3. أن يعبر الأعضاء عن مشاعرهم بطريقة مناسبة لأنفسهم وللآخرين.
4. أن يناقش الأعضاء فوائد التعبير الانفعالي.

الأساليب:

أنشطة تدريبية.	التغذية الراجعة.	النشرات الإرشادية.
إعطاء التعليمات.	الواجبات البيتية.	الحوار والمناقشة.
لعب الدور.	التعزيز.	

إجراءات وأنشطة الجلسة:

- يرحب المرشد بالأعضاء ويلخص أهم أفكار الجلسة السابقة، ثم يتابع أداء الأعضاء للواجب البيتي، ويقدم لهم التغذية الراجعة، ويستمع إلى ملاحظاتهم وآرائهم حول الجلسات السابقة.
- يكتب المرشد تعريفاً للتعبير الانفعالي على بطاقات، ثم يوزعها على المجموعات، ويطلب منهم قراءتها، ثم تبني كل مجموعة تعريفاً خاصاً بها.

هو تحويل ما نشعر به داخلياً إلى كلمات منطوقة لفظياً، أو غير لفظي (لغة الجسم) بطريقة مناسبةٍ لأنفسنا وللآخرين، والشخص المؤكد لذاته هو الذي يعبر عن مشاعره سواءً كانت إيجابية أم سلبية، والتعبير عن مشاعرنا يعمل كمعزز للسلوك.

- يوضح المرشد للأعضاء طرق ومهارات التعبير عن الانفعالات مثل: الكشف الذاتي، التعبير عن الآمال والمخاوف، التعبير اللفظي، التعبير بالرسم، التعبير الجسدي (تعابير الوجه)، التعبير الكتابي، واستخدام المرآة، حيث يقوم المرشد بتطبيق بعض الأمثلة أمام الطلبة باستخدام المرآة للتعبير عن مكنوناته الداخلية، ويراقب نفسه أثناء تعبيره عن انفعالاته مركزاً على إيماءات الوجه. تمارين (1,2,3)

- يناقش المرشد والأعضاء أهمية التعبير الانفعالي، وفوائده الإيجابية على الفرد، حيث يهدف إلى عدم قمع وكبت المشاعر والتعبير عنها من أجل السعي لتحويل المشاعر السلبية إلى إيجابية، والتخفيف من الضغوط النفسية الناتجة عن الانفعالات، كما أن التعبير عن الانفعالات يساعد على التنفيس، وعدم تفاقم الضغوط النفسية إلى اضطرابات نفسية، ويساعد على إعادة التنظيم والإدراك المعرفي، والتنظيم الانفعالي؛ لأن الكتابة تساعد في التعبير عن الانفعالات والمشاعر المؤلمة التي تهدف إلى تحسين الصحة النفسية والجسدية، حيث أثبتت الدراسات قلة مراجعة الأفراد الذين يكتبون ويعبرون عن انفعالاتهم المؤلمة إلى المراكز الصحية، ومراكز الصحة النفسية، وهذا مؤشر على الصحة الجسدية الجيدة للأفراد الذين يهتمون بالتعبير عن انفعالاتهم ومشاعرهم، كما تبرز فوائد التعبير الانفعالي من خلال تحسين أداء جهاز المناعة، وانخفاض في معدل ضغط الدم، وتحسن في وظائف التنفس، ووظائف الدماغ والعمليات العقلية، والشعور بالسعادة النفسية، وقبول الذات، والوعي الذاتي، والوعي بالآخرين، وقلة الشعور باضطرابات المزاج، وعدم الوصول إلى الاكتئاب (Baikie &. Wilhelm,2005).
- ينهي المرشد الجلسة بتلخيص أهم الأفكار التي وردت فيها، ويشكر الأعضاء على الالتزام بالواجبات البيتية، ويركز على موعد الجلسة القادمة.

الواجب البيتي: المرآة

يطلب المرشد من الأعضاء الوقوف أمام المرآة، ثم التعبير عن مشاعرهم من خلال الوجه، كأن يطلب من أحدهم التعبير عن السرور الذي يشعر به عندما ينجح في الامتحانات، أو أن يعبر عن فرحته حين عودة عزيز عليه من السفر، أو عن حزنه عند فقدان شي يحبه، أو عن الفخر حين التفوق بالإنجاز.

تمارين التعبير عن الانفعالات تمرين (1) الكشف الذاتي.

يعرّف الكشف الذاتي بأنه إستراتيجية لكشف المعلومات للآخرين، وطريقة جيدة للاتصال بهـم. يوضح المرشد ذلك من خلال رسم نافذة جوهاري على السبورة كالآتي:

الربع المفتوح: وهي تمثل الأشياء التي أعرفها عن نفسي، ويعرفها الآخرون عن ذاتي.	الربع الأعمى: وهي تمثل الأشياء التي يعرفها الآخرون عن ذاتي ولا أعرفها أنا.
الربع المخفي: وهي تمثل الأشياء التي أعرفها عن نفسي، ولا يعرفها الآخرون عن ذاتي.	الربع غير المعلوم: وهي تمثل الأشياء التي لا يعرفها الآخرون عني ولا أعرفها عن نفسي.

إن زيادة الربع المفتوح في النافذة تمثل الكشف الذاتي الذي نسعى نحوه، حيث يزيد من وعينـا لأنفسنا وصدقنا مع أنفسنا، ثم يطلب من كل عضو أن يخبر زميلة بثلاث نقاط سـلبية يعتبرهـا مظهراً رئيسياً من مظاهر شخصيته، وثلاث نقاط إيجابية (Wilding,2007).

تمرين (2) الآمال والمخاوف

يكلف المرشد عضواً من كل مجموعة، ليتحدث للآخرين حول آماله أو مخاوفـه، ولا يـشترط البدء بالمخاوف أو الآمال، ثم يقوم المرشد بكتابة هذه الآمال على السبورة، ويشجع العضو بقية أعضاء المجموعة على التحدث عن آمالها، ويدونها المرشد على السبورة، ويفعل نفس الـشيء في تمارين المخاوف، ثم يأخذ المرشد هذه الآمال ويناقش طرق وسبل تحقيقها، كما يناقش طرق وسبل التخلص من المخاوف، ثم يطلب المرشد من كل عضو أن يفكر في ثلاثة آمال يرغب في تحقيقها، يفضل أن تكون آمالاً قريبة زمانياً، ثم يطلب أن يفكر كل عضو فـي ثلاثـة مخـاوف يرغب في التخلص منها، ويطلب من الأعضاء إخبار بعـضهم الـبعض حـول هـذه الآمـال والمخاوف، والتفكير الجماعي في سبل التخلص من المخاوف (Gendlin,1981).

تمرين (3).

أثناء وجودك في مناسبة سعيدة مع أقاربك، فجأة حدث لك موقف معين، شعرت بعده ب:

* الغضب.	* الفرح.
* الحزن.	*الإحباط.
* اليأس.	* الأسى.
* الأمل.	* الخوف.
* الثقة.	* الرغبة في البكاء.
* الرغبة في الضحك.	

* يطلب المرشد من الأعضاء أن يعبر كل منهم عن مشاعره، لو تعرض لإحدى هذه المواقف؟
* يطلب المرشد من الأعضاء اختيار بعض هذه الانفعالات ورسمها؟
* يطلب المرشد من الأعضاء اختيار بعض هذه الانفعالات والتعبير اللفظي عنها بقوله: هبْ أنك تعيش هذا الانفعال كيف تعبر عنه لفظياً ؟
*يطلب المرشد من كل مجموعة اختيار ثلاثة انفعالات وتمثيلها من خلال التعبير الجسدي، وتعابير الوجه.

(الغرابية،2005).

الجلسة الحادية عشرة: إيجاد المعنى الشخصي، وتحمل المسؤولية، والاستقامة الخلقية.

أهداف الجلسة:

1. أن يناقش المرشد والأعضاء أداء الواجب البيتي.
2. أن يتعرف الأعضاء على المفاهيم الآتية: إيجاد المعنى الشخصي، تحمل المسؤولية، الاستقامة الخلقية.
3. أن يتدرب الأعضاء على إيجاد المعنى الشخصي.
4. أن يتدرب الأعضاء على تحمل المسؤولية.
5. أن يتدرب الأعضاء على الاستقامة الخلقية .

الأساليب:

أنشطة تدريبية.	التغذية الراجعة.	النشرات الإرشادية.
إعطاء التعليمات.	الواجبات البيتية.	الحوار والمناقشة.
لعب الدور.	التعزيز.	

إجراءات وأنشطة الجلسة:

- يرحب المرشد بالأعضاء ويلخص أهم الأفكار التي وردت في الجلسة السابقة، ثم يتابع أداء الأعضاء للواجب البيتي، ويستمع إلى ملاحظاتهم، ويجيب عن استفساراتهم.
- يناقش المرشد الأعضاء بمفهوم المعنى الشخصي للفرد بقوله "هو قدرة الفرد على تحديد أهدافه، وتحمل مسؤولية خياراته وقراراته الخاصة، ويهدف إلى تخليص الأفراد من القيم القديمة بإكسابهم نظاماً قيمياً جديداً ينظم حياتهم، ويهدف إلى الوصول إلى المعاني الإيجابية والابتعاد عن المعاني السلبية التي تؤدي إلى الشعور بالفراغ الانفعالي. إن سعي الإنسان للبحث عن معنى هو قوة أولية في حياته وليس "تبريراً ثانوياً" لحوافز غريزية، وهذا المعنى فريد ونوعي لا بد أن يتحقق بواسطة الفرد وحده ليعطي هذا المعنى مغزىً ويشبع إرادة المعنى عند الفرد نفسه (دوتي،2007).
- يوضح المرشد للأعضاء مفهوم تحمل المسؤولية بقوله "هي أن تكون مسؤولاً عن خياراتك، وأن تقبل أنك مسؤولٌ عن ما تشعر وتفكر به، وعليك أن لا تلوم الآخرين، بسبب خياراتك وأن تدرك بأنك وحدك من يحدد خياراتك، وأن تشعر بأنك الأفضل لتشجيع ذاتك وتحفيزها وليس الآخرين، وأن تحافظ على صحتك الانفعالية" (دوتي،2007).

• يناقش المرشد الأعضاء بمفهوم الاستقامة الخلقية بقوله "تعني حصول الفرد على علاماتٍ إيجابيةٍ وحسنة إذا امتلكها الفرد، وتعتبر مؤشراً على النضج الانفعالي والأخلاقي، وتأتي غالباً من تفاعل الفرد مع الزملاء والكبار، وهي تتحقق وتكتمل لدى الفرد من خلال الوعي الذاتي وتحمل المسؤولية الفردية (دوتي،2007).

• يدرب المرشد الأعضاء على تمارين إيجاد المعنى الشخصي، حيث يطلب المرشد من كل عضو في المجموعة التفكير الذاتي لإجابة الأسئلة الآتية وهي:

- هل تحب الطريقة التي تعيش بها؟
- هل أنت راضٍ عن انجازاتك في الحياة؟
- هل أنت واضح في تحديد أهدافك، وقادر على الوصول إليها وتحقيقها؟ كيف يكون ذلك؟
- ما الذي يعطي حياتك معنىً؟

يستمع المرشد إلى إجابات الأعضاء وينظمها.

• يدرب المرشد الأعضاء على طرق ومهارات تحمل المسؤولية، حيث يسأل المرشد عن بعض المهام والمسؤوليات الموزعة على الأعضاء من قبل مربيّ الصفوف مثل مسؤول الإذاعة المدرسية، مسؤول الغياب في الصف، ويناقش بعض المواقف التي تعرض لها الطلبة لتحمل المسؤولية، ويطلب منهم وصف شعورهم حول تحملهم للمسؤولية. من خلال مهارات وتمارين العمل الجماعي. تمرين (1)

• يدرب المرشد الأعضاء على طرق الاستقامة الخلقية حيث يعرض قائمة من الممارسات الأخلاقية وغير الأخلاقية التي يتصرف بها الطلبة، ثم يطلب معرفة اتجاهاتهم وآرائهم حولها وهي:

* إذا ما ضحك الزملاء على شخص فإني لا أشاركهم ذلك.
* أمدح زملائي كل يوم.
* احترم أراء الآخرين وأتقبلها.
* أحترم كل الناس دون استثناء.
* أستمع للآخرين بكل أدب.

• يطلب المرشد من الأعضاء كتابة مدى تطبيق مثل هذه القيم الأخلاقية في حياتهم، ويطلب منهم ذكر بعض المواقف التي تعبر عن قيمهم وأخلاقهم الحميدة من خلال مواقف واقعية.

• ينهي المرشد الجلسة بتلخيص أهم الأفكار الواردة فيها، ويستمع إلى آراء واقتراحات الأعضاء ويذكّرهم بموعد الجلسة القادمة، ويشكرهم على التزامهم.

الواجب البيتي:

يطلب المرشد من الأعضاء التفكير في موقف ما في البيت أو المدرسة تجنب فيه أحدهم تحمل المسؤولية، ويطلب منهم أن يسألوا أنفسهم الأسئلة الآتية:

* لماذا لم أتحمل المسؤولية في ذلك الموقف؟

* ما هي المشاعر التي شعرت بها حيال هذا الموقف؟

* فكر في طرق وبدائل أخرى قد تجعلك أكثر تحملاً للمسؤولية.

تمرين (1) العمل الجماعي.

يدرب المرشد الأعضاء على تمرين العمل الجماعي لتحمل المسؤولية، حيث يطرح مشكلة ويطلب منهم مناقشتها، وبيان آرائهم ومشاعرهم ومعتقداتهم حولها، كما يأتي :

* العمل التطوعي هو وسيلة جيدة لتعلم المسؤولية ؟ لماذا تؤيد ولماذا تعارض ؟

* الشخص الوحيد الذي ينبغي لي المنافسة معه هو أن أتنافس مع نفسي ؟ لماذا تؤيد ولماذا تعارض ؟

* أنا عضو في الفريق، لذا عليّ أن أضع رغبات الفريق قبل رغباتي الخاصة ؟ لماذا تؤيد ولماذا تعارض ؟



(Anon ymous,2003)

الجلسة الثانية عشرة: الاتزان الانفعالي.

أهداف الجلسة:

1. أن يناقش المرشد والأعضاء أداء الواجب البيتي.
2. أن يوضح المرشد مفهوم الاتزان الانفعالي وآثاره.
3. أن يقارن الأعضاء بين سمات الشخص المتزن انفعالياً والشخص غير المتزن.
4. أن يتدرب الأعضاء على التنبؤ بمستقبلهم الانفعالي.

الأساليب:

أنشطة تدريبية.	التغذية الراجعة.	النشرات الإرشادية.
إعطاء التعليمات.	الواجبات البيتية.	الحوار والمناقشة.
لعب الدور.	التعزيز.	

إجراءات وأنشطة الجلسة:

- يرحب المرشد بالأعضاء ويلخص أهم الأفكار التي وردت في الجلسة السابقة، ثم يتابع أداء الأعضاء للواجب البيتي، ويستمع إلى آرائهم واستفساراتهم.
- يوضح المرشد للأعضاء مفهوم الاتزان الانفعالي بقوله "هو القدرة على استخدام الانفعالات وتنظيمها والاستجابة لها بطريقة مناسبة، والقدرة على التنظيم الانفعالي ويشمل المهارات الآتية: الوعي الانفعالي، والقدرة على التمييز بين المشاعر المختلفة، والسعي إلى الدعم الاجتماعي، وتمارين الاسترخاء، ويعني الاتزان الانفعالي: القدرة على تنظيم الانفعالات بشكل صحيح، أي توفير العاطفة المناسبة في مكانها المناسب، والتعبير عنها بطريقة مناسبة، وهي عملية معقدة تهدف إلى تحويل حالة الشعور الداخلي إلى تجربة عاطفية، وتحويل العمليات الفسيولوجية مثل ضربات القلب إلى ردود فعلٍ فسيولوجية أخرى أو التخفيف منها، ويعتبر التنظيم الانفعالي وسيلةً لتخفيف التوتر وتهدئة النفس بمعنى أن الفرد الذي يكون أكثر تنظيماً لعواطفه يكون أقل تعرضاً للتوتر، والقلق، والغضب، والأرق، فالإشارات السلوكية الناجمة عن الانفعالات مثل الضحك أثناء السير في جنازة تدعو إلى جذب الانتباه من قبل الآخرين، ونقد للأفراد.

(Anon ymous,An.d.)

- يوضح المرشد للأعضاء مهارات الاتزان الانفعالي بقوله "هناك استراتيجيات أساسية لتنظيم الانفعالات عند البالغين تشمل: التركيز على طبيعة الاستجابات الفسيولوجية، علماً أن هناك

بعض المثيرات التي تؤدي إلى المشاعر السلبية التي يسعى الفرد جاهداً لتفاديها، وهناك عدة مراحل تساعد الشخص على تنظيم الانفعالات منها:

اختيار الموقف ويعني حالة الشخص الذي يختار المشاركة في ردة الفعل الانفعالية، وتعديل الموقف الذي يشمل آثاراً عاطفية شديدةً، ونشر الانتباه وهي مرحلة التركيز على مواقف معينة، وتغيير الإدراك وهو تفسير الشخص لموقف معين مثل النظر في مزايا موقف ما، ونمذجة الاستجابة وهي محاولة التأثير والتطبيق للموقف الجديد، وهناك العديد من الاستراتيجيات يمكن استخدامها للتنظيم الانفعالي، مثل القمع الانفعالي وهو وسيلة لكبح جماح العلامات الانفعالية الخارجية، وإعادة التقييم لزيادة النظر في الآثار السلبية، والعلامات الفسيولوجية مثل ظهور الأعراض الجسمية عند الفرد، كزيادة التعرق بعد الغضب، أو زيادة نبضات القلب التي تساهم في إعادة التقييم في انخفاض السلوك التعبيري، ومن الأنشطة التي يدرب المرشد الأعضاء عليها لمساعدتهم على التوازن الانفعالي، المواقف الواقعية التي تشير إلى الاتزان الانفعالي من خلال لعب الدور، وتمرين المواجهة مع الذات. تمرين (1)

- يناقش المرشد والأعضاء آثار عدم القدرة على التنظيم الانفعالي؛ كونها سبباً في عدة أمراض نفسية تصيب الفرد الذي يعجز عن تنظيم انفعالاته، مثل الخلل النفسي والاجتماعي، والأرق، وتدنٍ في مفهوم الذات، وتدنٍ في تقدير الذات، وثورة الغضب، والقلق العام، والهوس، والاضطرابات النفسية، كما ترتبط بظهور التنمر المدرسي خاصةً بين الأطفال الذين يعجزون عن التعبير عن مشاعرهم، وقد تتطور إلى عدم القدرة على التكيّف و تنتهي بالتسرب المدرسي، والخوف من التعبير الانفعالي عن مشاعره، مما يتسبب في كبت المشاعر عن نفسه والآخرين، أو أن الشخص يخاف من إظهار مشاعره، فيحاول كبتها وإخفائها عن نفسه والآخرين (بوبيير،2002).

- يوضح المرشد للأعضاء بعض خصائص وسمات الأشخاص المتزنين انفعالياً وهي: القدرة على التحكم في الانفعالات وضبطها في المواقف الانفعالية التي تثير الفرد، والقدرة على تحمل المسؤولية، والاستمرار في العمل، والثبات الانفعالي حيث يتصف بحالة انفعالية ثابتة بعيدةً عن التذبذب والتأرجح الانفعالي، والهدوء والالتزام وعدم الميل إلى العدوان، والقدرة على موازنة جميع انفعالاته وربطها بالمواقف الانفعالية وتطبيق خبراته الشخصية، والتكيّف في البيئة التي يعيش بها، والقدرة على التكيّف الاجتماعي وإقامة العلاقات الاجتماعية، وتكوين انفعالات إيجابية جيدة، وأن يكون لديه شعور مناسب من الأمن النفسي والاستقرار الذاتي، والقدرة على التغلب على صعوباته الانفعالية، والوعي الذاتي بانفعالاته، والقدرة على التعبير عن انفعالاته، ثم

يلخص المرشد على السبورة هذه الخصائص للشخص المتزن انفعاليـــاً، ويطلـــب مـــنهم كتابـــة خصائص الأشخاص الذين يعانون من عدم القدرة على الاتزان الانفعالي (ريّان، 2006).

- يوضح المرشد أن طريقة التنبؤ بالمستقبل العاطفي تعتمد على درجة امتلاك الفرد للثقة بنفسه وبالآخرين، فالأشخاص الذين لديهم درجة مرتفعه من الثقة بأنفـــسهم يمكـــنهم التنبـــؤ بمـــشاعر إيجابيةٍ في المستقبل بينما الأشخاص الذين يفتقدون الثقة فإنهم غالباً ما يتنبأون بمـــشاعر ســـلبية لمستقبلهم العاطفي (Tuan Pham, et al. 2012).
- ينهي المرشد الجلسة بتلخيص أهم الأفكار التي وردت فيها، ويشكر الأعضاء على التـــزامهم ومساهماتهم، ويذكرهم بموعد الجلسة القادمة.

الواجب البيتي:

يطلب المرشد من الأعضاء كتابة ثلاثة مواقف شعر فيها بأنه متزن انفعالياً، وأخرى شعر فيهـــا أنه غير متزن انفعالياً من خبراته الشخصية ؟.

تمرين (1) **المواجهة مع الذات.**

يتطلب هذا التمرين قوى ذاتية كبيرة جداً، يوضح المرشد الحاجة الرئيسية لهذا التمــرين بقوله "نحن نمر بانفعالاتٍ وصراعات نتركها معلقة مثل الخوف مثلاً من مواجهة أحد أصــدقائنا بقضيةٍ معينة، قاصدين بذلك كظم غيضنا. إن هروبنا المستمر تاركين خلفنــا تلــك الانفعــالات الجياشة يتأزم ليصبح عقبةً في حياتنا في المستقبل، ولكي نستأصل هذه الانفعالات المزعجة فإن ممارستنا للمواجهة مع الذات تساعدنا في التخلص منها.

ونتم المواجهة مع الذات من خلال المواجهة الذهنية بحيث نتصور الموقــف بتفاصــيله، ونتصور كذلك ردود أفعالنا ومشاعرنا تجاه هذا الموقف، فعلينا أن نتمحص كل كلمة ونبادر في الموضوعية الذاتية لنتخلص بحق من هذه الانفعالات المزعجة.

* يطلب المرشد من الأعضاء ذكر مواقف كبتوا فيها انفعالاتهم، ليقومــوا بلعــب الأدوار فــي تمرين المواجهة مع الذات أمام المجموعة؟

كما يتم التدريب على المواجهة مع الذات بالواقع، من خلال التدريب المستمر عليها، في كل جانب من جوانب الحياة، وعلينا أن نفكر أن النجاح لا يأتي من أول مرة، فــإذا كنــت فــي موقفٍ ما قاسياً لا يعني أن تكون دائماً كذلك، ولا يمكننا التنبؤ بمستقبلنا العاطفي، فلكــل موقــف انفعالاته الخاصة به، وعلينا أن نمارس حديثنا الإيجابي مع أنفسنا دوماً، وأن نظهر نقاط قوتنا.

* يطلب المرشد من الأعضاء أن يتبنى كل عضو مواقف مختلفة من حياتــه، ويمــارس فيهــا المواجهة مع الذات؟

(بوبيير،2002).

الجلسة الثالثة عشرة: النضج الانفعالي والعلاقات الاجتماعية عند الأعضاء.

أهداف الجلسة:

1. أن يناقش المرشد والأعضاء أداءهم للواجب البيتي.
2. أن يوضح المرشد مفهوم النضج الانفعالي.
3. أن يحدد الأعضاء مكونات النضج الانفعالي.
4. أن يقارن الأعضاء بين خصائص الأشخاص الناضجين انفعالياً وغير الناضجين.

الأساليب:

أنشطة تدريبية.	التغذية الراجعة.	النشرات الإرشادية.
إعطاء التعليمات.	الواجبات البيتية.	الحوار والمناقشة.
لعب الدور.	التعزيز.	

إجراءات وأنشطة الجلسة:

- يرحب المرشد بالأعضاء ويلخص أهم أفكار الجلسة السابقة، ويتابع أداء الأعضاء للواجب البيتي.
- يوضح المرشد مفهوم النضج الانفعالي بقوله "النضج هو الاكتمال والإحكام, ونضج الإنسان هو اكتمال الوظائف الجسمية والنفسية والاجتماعية والروحية والتناغم بينها. وهو قدرة الفرد على ضبط انفعالاته وتناسبها مع مستوى عمره الزمني وخبراته وطبيعة المواقف التي يتعرض لها, بحيث تتفق استجاباته الانفعالية مع ما هو متوقع ومتناسب مع الموقف، ودرجة امتلاكه لأبعاد ومكونات الذكاء الانفعالي وهي: الوعي بالذات والآخرين، والقدرة على ضبط الانفعالات وإدارتها، والقدرة على التعبير عن المشاعر، والقدرة على بناء وتنمية العلاقات الاجتماعية".
- يناقش المرشد مع الأعضاء مكونات النضج الانفعالي الأساسية وهي: الأمن الانفعالي، الثبات الانفعالي، الشعور بالآخرين وتشكيل علاقة معهم.
- يوضح المرشد مفهوم الأمن الانفعالي بقوله "هو التحرر من المشاعر السلبية المفرطة، ومن مشاعر القلق المحبطة، ومن الشكوك والمخاوف التي تصيب الأفراد، حيث يتعرض جميع الأفراد في الحياة لخبرات القلق والخوف والخبرات المؤلمة لكنها تختلف من فرد لآخر في

درجة التعبير عنها، فالأفراد الذين لديهم أمان انفعالي يعبرون عنها بطريقة معتدلة، بينما يبالغ الأفراد الذين يعانون من عدم الأمن الانفعالي في التعبير عن انفعالاتهم(Rice,1992). تمرين (1)

• يوضح المرشد للأعضاء مفهوم الثبات الانفعالي بقوله "هو أن يكون الفرد ثابتاً ومستقراً انفعالياً وقادراً على التحرر من التطرف والمبالغة الانفعالية، سواءً كانت صعوداً أو هبوطاً، فالأشخاص الناضجين انفعالياً يحافظون على مستوىً معين من الانفعالات، فلا يظهرون في يومٍ مشاعر إيجابية وفي يومٍ مشاعر سلبيةً، عندها يعاني هؤلاء الأفراد مما يسمى بالتأرجح الانفعالي وهي صعود وهبوط المزاج والانفعالات، فيعاني هؤلاء الأشخاص من عدم الاستقرار الانفعالي، فقد يتفجرون في أي وقت، ويعاني مثل هؤلاء الأفراد من مشاعر الألم والصراع في علاقاتهم مع الآخرين ومن الأمثلة على ذلك عندما يقود هؤلاء الأفراد السيارة يستعملون الزامور بصوتٍ عالٍ أو يستخدمون الأضواء للسائق الذي أمامهم عندما لا يتحرك بسرعة حالما تصبح الإشارة خضراء، كما أنهم أشد انزعاجاً إذا تأخر أحد عن الموعد، وليس لديهم قدرة على الصبر في التعامل مع الأطفال(Rice,1992).

• يوضح المرشد آخر مكون من مكونات النضج الانفعالي وهو القدرة على الشعور بالآخرين وتشكيل علاقة معهم، فالناضجون انفعالياً لديهم القدرة على الشعور بالآخرين سواءً بالحب أو الكراهية، وبدون هذه القدرة على الشعور بمشاعر الآخرين تصبح المشاعر ميتة بليدة لا قيمة لها، كما يعتبر التعلق وتبادل العلاقات، والتعاطف من مظاهر النضج الانفعالي، وتعتبر خبرات الإساءة والتجاهل والعلاقات السلبية مع الآخرين من مؤشرات عدم القدرة على إقامة وبناء العلاقات الاجتماعية. تمرين (2)

• يناقش المرشد الأعضاء بخصائص الأشخاص الناضجين انفعالياً حيث تشمل هذه الخصائص على: الاستقلالية و تعني أن يتجاوز الفرد مرحلة الاعتماد على الآخرين بحيث يستطيع الاعتماد على ذاته في قراراته وفقاً لمفاهيمه واعتباراته الذاتية الخاصة، والواقعية: وتعني القدرة على رؤية العالم رؤية واقعية بعيداً عن المثالية، والتعاطف: فالشخص الناضج انفعالياً يعطي الآخرين حقوقهم ويشاركهم في كل أحوالهم، ويضع نفسه مكانهم ويشعر بشعورهم، وأن يكون واعياً لذاته وللآخرين، إحساس المرء بالثقة والأمان، والقدرة على مواجهة الواقع والتعامل الإيجابي معه، والقدرة على الانفتاح الإيجابي على خبرات الحياة المختلفة، والقدرة على حل الصراعات الذاتية، وامتلاك الدافعية للإنجاز. أما أعراض عدم النضج الانفعالي تتمثل باضطراب الانفعالات والاعتماد الزائد على الآخرين، والتمركز حول الذات، وتدنٍ في مفهوم وتقدير الذات (ريّان،2006).

- ينهي المرشد الجلسة ويشكر المرشد الأعضاء على اشتراكهم والتزامهم، ويؤكد على حضورهم في الجلسة القادمة التي ستكون الجلسة الختامية للبرنامج.

الواجب البيتي: يطلب المرشد من الأعضاء كتابة ثلاث من خصائص الأفراد الناضجين انفعالياً، وثلاث من خصائص غير الناضجين انفعالياً يعتقد أنها تتوافر فيه كشخص؟

تمرين (1) عدم الأمن الانفعالي.

يعرض المرشد المشهد الآتي:

"جوني هي فتاة في مكتمل الشباب تعاني من عدة صعوبات ومشاكل، حيث أنها ليست على ما يرام، كما أنها غير قادرة على القيام بعملها كما هو مطلوب، وتشعر أنها ستطرد من عملها في أقرب وقت، بالرغم من أنها تؤدي عملها كما هو مطلوب منها، لا تؤمن بإمكاناتها ولا بقدرتها على الانجاز، كما أن لديها قلقاً حول مظهرها الجسمي، بالرغم من أنها امرأةً جذابة، حيث تشتكي من سمنتها الزائدة وشعرها الطويل جداً، وتعتبر مظهرها غير مقبول، وتشعر بأن شخصاً ما في العمل لا يحبها، وأينما تذهب أو أي شي تعمله سوف يوجه لها الانتقاد، تحرص دائما على ما يقوله الآخرون، قناعتها أن الآخرين يتحدثون عنها باستمرار، لذا فهي تشعر بالقلق والتعاسة باستمرار و لا تشعر بالأمان فهي حساسة للنقد، ومهدده بمشاعر الرفض، فإذا كانت تمشي ولا يلقي احد التحية عليها فإنها تشعر بالحرج، وتعتقد أنها مرفوضة بالرغم من أن الشخص المقابل لم يشاهدها أصلاً، إن عدم شعورها بالأمن يتعارض مع نشاطاتها الحياتية ويؤثر عليها.

1. يطلب المرشد من الأعضاء قراءة الحالة السابقة ومناقشتها؟
2. يطلب المرشد من الأعضاء كتابة ثلاثة آثار لعدم الأمن الانفعالي بناء على حالة جوني؟
3. يطلب المرشد أن يعبر كل عضو عن رأيه في تصرفات جوني؟ (Rice,1992).

تمرين (2) **القدرة على الشعور بالآخرين وتشكيل علاقة معهم.**

كان أحد المحاربين القدامى قاسياً ووحشياً في تعامله مع زوجته، فقد كان يقول " كنت أعاملها كشيءٍ وليس كشخص" لأنها كانت بدينه، وكان يناديها بأوصاف بذيئة، وعندما سئل عن سلوكه أجاب أنه يحب رؤية زوجته منزعجة وغاضبة، وعن سبب التحاقه بالحرب في فيتنام أجاب التحقت بالحرب لأني كنت أستطيع أن أسلب وأغتصب وأحرق وأقتل!!! وهذا شيء مثير بالنسبة لي. كانت مشكلة الزوجة في تعرضها للإساءة من زوجها، حيث اعتقدت مؤخراً أن الإساءة التي تتعرض لها نتيجة أخطائها، وإذا ما تصرفت بطريقة مختلفة فلا يؤذيها، حاولت الزوجة علاج زوجها بعرضه على أطباء ومختصين لمساعدته لكنه رفض فاختارت الانفصال عنه.

1. يطلب المرشد من الأعضاء تحديد آثار فقدان القدرة على الشعور؟
2. يطلب المرشد من الأعضاء ذكر موقف تعامل معه الأعضاء بفقدان الشعور؟ (Rice, 1992).

الجلسة الرابعة عشرة: الجلسة الختامية.

الأهداف :

1. أن يناقش المرشد والأعضاء أداء الواجب البيتي.
2. أن يتدرب الأعضاء على تطبيق مهارات الذكاء الانفعالي في حياتهم اليومية.
3. أن يتم الربط بين جلسات البرنامج.
4. أن يناقش المرشد ملاحظات وردود أفعال الأعضاء حول البرنامج.
5. أن يعبر الأعضاء عن مشاعرهم تجاه إنهاء جلسات البرنامج.
6. أن يقوم المرشد بعمل قياس بعدي في نهاية الجلسة.

الأساليب:

أنشطة تدريبية.	التغذية الراجعة.	النشرات الإرشادية.
إعطاء التعليمات.	الواجبات البيتية.	الحوار والمناقشة.
لعب الدور.	التعزيز.	

إجراءات وأنشطة الجلسة:

- يرحب المرشد بالأعضاء ويلخص أهم الأفكار التي وردت في الجلسة الـسابقة، ويتـابع أداء الأعضاء للواجب البيتي، ويذكرهم أن هذه الجلسة هي الجلسة الختامية في البرنامج التـدريبي، ويمهد المرشد لإنهاء البرنامج.
- يستعرض المرشد أهم أفكار واستراتيجيات الجلسات السابقة، ويستمع لاقتراحات ومناقـشات الأعضاء ويحاورهم.
- يؤكد المرشد للأعضاء ضرورة تطبيق الأفكار والمهارات المكتسبة من البرنامج في خبراتهم ومواقف حياتهم اليومية، للوصول إلى مستوىً مناسب من التوافق النفسي والـصحي وتحـسين العلاقات الاجتماعية مع الآخرين.
- يعطي المرشد كل عضو الفرصة للتعبير عن مدى تحقيق توقعاته وأهدافـه مـن البرنـامج، والحديث عن أي أفكار أو مشاعر لم تتحقق، ويقدم المرشد اقتراحات لتحقيقها.
- يوزع المرشد مقياسي الأرق ومفهوم الذات، على الأعضاء، ويطلب الإجابة علـى فقـرات الاختبار لمعرفة مدى تحسن مهاراتهم وإفادتهم من جلسات البرنامج.
- في نهاية الجلسة يشكر المرشد الأعضاء على اشتراكهم والتزامهم، ويؤكد أن نهاية البرنـامج لا تعني انتهاء العلاقة وأنه جاهز في أي وقت لتقديم المساعدة بعد انتهاء البرنامج.

انتهى البرنامج

ملحق (د)

قائمة بأسماء المحكمين لمقياسي الأرق ومفهوم الذات

الرقم	الاسم	مكان العمل
.1	الدكتور رفعت الزعبي	الجامعة الأردنية
.2	الدكتور قاسم محمد سمور	جامعة اليرموك
.3	الدكتور عبد الكريم جرادات	جامعة اليرموك
.4	الدكتور فواز المومني	جامعة اليرموك
.5	الدكتورة منار بني مصطفى	جامعة اليرموك
.6	الدكتور عمر شواشره	جامعة اليرموك
.7	الدكتور كمال نزال	جامعة اربد الأهلية
.8	الدكتور عبد المهدي صوالحه	جامعة اربد الأهلية
.9	الدكتورة خوله القدومي	جامعة اربد الأهلية
.10	الدكتورة منى أبو درويش	جامعه الحسين بن طلال
11	الدكتورة رانيا مزاهره	جامعة عجلون الوطنية الخاصة
12	الدكتور أحمد بني إسماعيل	وزارة التربية والتعليم

ملحق (هـ)

قائمة بأسماء المحكمين للبرنامج الإرشادي

الرقم	الاسم	مكان العمل
1.	الأستاذة الدكتورة نسيمه علي داوود	الجامعة الأردنية
2.	الدكتور رفعت الزعبي	الجامعة الأردنية
3.	الدكتور قاسم محمد سمور	جامعة اليرموك
4.	الدكتور عبد الكريم جرادات	جامعة اليرموك
5.	الدكتور فواز المومني	جامعة اليرموك
6.	الدكتورة منار بني مصطفى	جامعة اليرموك
7.	الدكتور عمر شواشره	جامعة اليرموك
8.	الدكتور كمال نزال	جامعة اربد الأهلية
9	الدكتور عبد المهدي صوالحه	جامعة اربد الأهلية
10	الدكتورة خوله القدومي	جامعة اربد الأهلية
11	الدكتورة منى أبو درويش	جامعه الحسين بن طلال
12	الدكتورة رانيا مزاهره	جامعة عجلون الوطنية الخاصة
13	الدكتور أحمد بني إسماعيل	وزارة التربية والتعليم

EFFECT OF EMOTION FOCUSED COUNSELING PROGRAM IN REDUCING INSOMNIA AND IMPROVING SELF-CONCEPT

By

Yahya Mubark Khatatbeh

Supervisor

Dr. Mohammad Nazeh Hamdi, Prof

ABSTRACT

The purpose of this study was to assess the effect of emotion focused counseling program in reducing insomnia and improving self-concept. The sample of the study consisted of (30) participants of the secondary school students, in Judeita Secondary School for Boys from Al-Khorah Educational Directorate, who agreed to participate in the study, and showed the high scores on Insomnia scale and low scores on Self-Concept Scale in the year 2012/2013.

Participants were randomly distributed into two groups: Experimental and control groups. The experimental group included (15) participants, received a heuristic training program consisted of (14) sessions about the emotional focused skills, lasted for seven weeks. Whereas, the participants in the control group included (15) participants did not receive any training. The participants in the two groups responded to Insomnia scale. and Self-Concept scale before and after the training program and after a follow-up period.

The results of the study showed the effectiveness of the program concentrated on the emotions in reducing insomnia and improving self-concept to the experimental group participants ; where results showed a statistically significant difference in favor of the experimental group compared with the control group in the degree of insomnia, and improve self-concept, in the post and follow-up measurement.